This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN

REDIGIERT VON

P. G. UNNA.

VIERUNDZWANZIGSTER BAND.

1897.

JANUAR BIS JUNI.

MIT ZEHN TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1897.

BOSTON MEDICAL
NOV 23 1897
LIBRARY.

CATALOGUED
NOV 23 1897
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung, von P. G. Unna 1
Über einen Fall von abnorm später Entwickelung der Blennorrhoe, von Albrecht Freiherr von Notthafft 22
inktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen, von Heinr. Rausch 65
Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum II, von R. Bergh 74
Die Histologie der Hydroa vacciniforme von Bazin, von V. Mibelli 87
Pentosurie und Xanthoma diabeticorum, von P. Colombini 129
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, von P. G. Unna: V. Furunkel des Erwachsenen 135
Melanosis et Keratosis arsenicalis, von Ludw. Nielsen 137
Langdauernde Inkubation bei Blennorrhoe, von Paul Richter 156
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, von Unna: VI. Furunkel 181
Über die Sterblichkeit und Häufigkeit der hereditären Syphilis bei den Kindern der Prostituierten, von Siegmund Werner 188. 224
Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris, von Arthur Jordan 206
Über eine neue Färbungsmethode von Hautschnitten, von A. Mamurowsky ... 211
Über die Bedeutung des Lupus der Schleimhäute, von Ch. Audry 212
Über das Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen der Einwirkung desselben auf die gesunde Haut, von James C. Kellogg 233
Bemerkungen über Züchtung und Pluralität der Trichophytonpilze, von P. G. Unna 289
Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Merkurialerkrankungen, von A. Lieven 302
Paraplaste, von P. G. Unna 341
Die Ätiologie und die Varietäten der Keratosen, von V. Mibelli 345. 415
Über Sklerodaktylie, von Ferdinand Schubiger 397
Zur Epithelfaserfrage, von Kromayer 449
Über die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten. Klinisch-statistische Beiträge von Domenico Majocchi 460. 497
Zur Epithelfaserfrage, von S. Ehrmann 549
Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten, von Thomas Secchi 554. 611
Ein Fall von Alopecia universalis, von M. Goldfarb 563
Über die histologischen Veränderungen der Haut bei Myxödem, von Cornelius Beck 597

Versammlungen.

Seite
Dermatologische Vereinigung zu Berlin 24. 158. 368. 434. 620
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie 27. 213. 304. 373. 470. 623
Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 95
Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest 96. 566
VI. Kongreſs russischer Ärzte in Kiew 99
Zweiter panamerikanischer Kongreſs zu Mexiko 161
New Yorker Akademie der Medizin 216
New Yorker dermatologische Gesellschaft 216. 627
Amerikanische Gesellschaft der Ärzte für Harn- und Geschlechtskrankheiten 220. 314
Dermatologische Gesellschaft von Großbritannien und Irland 269. 626
Londoner dermatologische Gesellschaft 271. 309. 376. 438
Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft 273
The British medical Association 307
Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin und Hygiene an der Universität Charkow 312
Gesellschaft für Neuropathologie und Psychiatrie an der Universität Moskau 313
Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau 439
Amerikanische dermatologische Gesellschaft 441
Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau 565

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires 31. 168. 326. 524. 574. 638
The British Journal of Dermatology 33. 325. 570
Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma 35. 645
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 36. 328. 645
Archiv für Dermatologie und Syphilis 110. 315. 378. 448. 514. 632
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 117. 324. 520. 634
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 222. 521. 636
Journal des maladies cutanées et syphilitiques 224. 522. 645
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 225. 527. 643
Dermatologische Zeitschrift 319. 518
Deutsches Archiv für klinische Medizin 521
Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates 635
Clinique de dermato-syphiligraphie de Toulouse 643

Besprechungen.

Cutaneous Medicine. A systematic treatise on the diseases of the skin, von Duhring 118
Die Krankheiten der Prostata und der Samenbläschen, von Picard 123
Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, von Casper 123
Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde, von Meissner 124
Akute Exantheme, von v. Jürgensen 124
Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen. IX. Jahrgang, von v. Baumgarten und Roloff 124
Ergebnisse der speziellen pathologischen Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane, von Lubarsch und Ostertag 227
Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbeltiere in ihrer Entwicklung, nebst Bemerkungen über Blutbildung und Haarwechsel, von Ehrmann 230

Seite
Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, von Lang 231
Diagnostik der Harnkrankheiten, von Posner 275
Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden, von Grimm 275
Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns, von Oppenheim 276
Über Spätformen von angeborener Syphilis in Form einer Kasuistik, von Donner 277
Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen, von Finger..... 277
Pharmakopoe für die Erkrankungen der Haut, von Startin 278
Die Hygiene in den Barbierstuben, von Berger 472
Dystrophia papillaris et pigmentaria (Akanthosis nigricans) und ihre Beziehungen zur Carcinomatose der Bauchhöhle, von Couillaud..... 473
Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen, von Fliess. 473
Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten nebst einer kurzen Kosmetik für Ärzte und Studierende, von Thimm..... 474
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende, von Joseph..... 475
Dermatotherapeutisches Vademecum, von Ledermann 475

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Kenntnis des Hautnervensystems der Arthropoden, von Holmgren 651
Über eine neue Scheide im Endteile der peripheren Nerven, von Russini..... 652
Haar als Rassenmerkmal und über das Negerhaar insbesondere, von Unna..... 652
Die elektrischen Eigenschaften der Haare und Federn, von Exner..... 653
Physiologie des Haares und der Blutoxydation, von v. Schöler..... 654
Lunge und Haut (eine physiologische Berichtigung), von v. Schöler 654
Über Verhornung, von Rabl..... 654
Studien über normale Verhornung mit Hülfe der Gramschen Methode, von Ernst 655
Die Reaktion des menschlichen Schweifses, von Arloing..... 655
Mitteilungen über Reduktion der Überosmiumsäure durch das Pigment der menschlichen Haut, von Barlow 656
Zur Pigmententwickelung, von Fischel 657

Mikroskopische Technik.

Die ballonierende Degeneration der Hautepithelien, von Unna 657
Elacin, von Unna 658

Bakteriologie.

Biologische Untersuchungen über die Blastomyceten, von Fermi 658

Hygiene.

Die Prostitution, die venerischen Krankheiten und der Jahrmarkt in Nishnij Nowgorod, von Sarubin..... 658

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Bedeutung des Granulationsgewebes bei der Infektion mit pathogenen Mikroorganismen, von Afanassjeff..... 331
Experimentelle Beiträge zu der Lehre von der Resorption, von Ruzicka 332
Über die Absorption der Medikamente durch die Haut, von Linossier und Lannois..... 332

Seite

Über die Resorption des Methylsalicylats durch die Haut, von Ceconi und Nalin 332
Der Schlaf und seine Beziehungen zu Hautkrankheiten, von Bulkley 333
Über Rheumatoiderkrankungen, von Gerhardt 333
Die Ästhesiometrie bei der Untersuchung des peripheren Nervensystems und bei der Diagnose einiger Dermatosen, von Barrucco 334
Verminderung der Mikroorganismen der Hautoberfläche durch Bäder, von Remlinger 334
Über das Vorkommen von Schimmelpilzen bei Syphilis, Carcinom und Sarkom, von Kremer 334
Röntgenstrahlen und reflektiertes Sonnenlicht, von Bowles 335
Zur Behandlung der lymphatischen Anämie, von Fürst 335
Autointoxikationen, von Singer 659
Über das gleichzeitige Vorkommen von chronischen Haut- und Gelenkserkrankungen, von Herz 659
Veränderungen der Knäueldrüsen bei den Nephritikern, von Pollaci 659
Über das konstante Vorkommen von Spaltpilzeinschlüssen in den Zellen bei Eiterungsprozessen des Menschen nebst experimentellen Beiträgen zur Kenntnis und diagnostischen Bedeutung solcher Befunde, von v. Hibler 659
Die Behandlung einiger Infektionen, von Campana 661

Pharmakologie.

Über die Ranzidität der Hebrasalbe, von Dieterich 278
Jodoformin, von y Busdraglie 279
Über Formaldehydgelatine, von Weyland 279
Das Nosophen und seine Verbindungen, von Sonnenberger 279
Über Nosophen, von Seifert 279
Nosophen, von Binz 279
Über Wirkungen und Verhalten des Nosophens im Tierkörper, von Binz und Zuntz 279
Nosophen als Ersatzmittel des Jodoform, von Noack 280
Über Nosophen, von Dreyer 280
Zur dreiprozentigen Nosophengaze, von v. Noorden 280
Untersuchungen über das Tetrajodphenolphtalein (Nosophen) und sein Natronsalz (Antinosin), von Lieven 280
Bakteriologische Untersuchungen über das Antinosin, von Kruse 281
Neue Thatsachen über reduzierende Heilmittel, von Unna 475
Airol, ein neues Wundheilmittel, von Hahn 477
Über den Wert des Amyloforms in der Chirurgie, von Longard 477
Über einige künstlich hergestellte Ester des Cholestearins, von Santi 477
Dünndarmpillen und -Kapseln, von Hausmann 477
Über Gelanthum, von Unna 478
Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Formaldehyd-Casein, von Bohl. 479
Ein Fall von Jodoformvergiftung, von Mc. Cormack 479
Zur Wirkung des Loretins, von Wurth 479
Über Pflasterpapiere, von Herxheimer 479
Über die Verminderung der Wirksamkeit von Quecksilber-Sublimatlösungen, in welche organische Stoffe eingelegt werden, von v. Zeynek 480
Vorläufige Mitteilung über die wirksame Substanz in der Schilddrüse, von Hutchinson 480
Die Vorzüge des Thiols vor dem Ichthyol, von Muren 480
Über die Verwendung von präserviertem Eigelb zur Herstellung von Salbenkörpern, von Bernegau 577
Die Michlesche Salbengrundlage, von Vulpius 578
Über Aiodin, von Schaergers 578
Praktische Erfahrungen mit Airol, von Rosenfeld 578
Airol, ein neues Wundantiseptikum, von Degle 578
Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Wismuthoxyjodidgallat (Airol), von Eberson 578
Türkisches Wasser, ein Haarfärbemittel, von Landerer 578
Naftalan, von Rosenbaum 578
Zur Frage über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Schilddrüsenpräparaten, von Sarubin 579

Seite

Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut, von Müller ... 579
Silberwundbehandlung ... 580
Bereitung des Antistreptokokken-Serums, von Bokenham ... 581
Über die Behandlung von Tripper und Schanker mit Jodoformin, von Günts .. 581
Über Jodintoxikation, von Weber ... 582
Über den Wert der Vasogenpräparate ... 582
Harnuntersuchungen nach Einreibung mit medikamentösen Vasogenpräparaten, von Monheim ... 582

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Ein Fall von sogenanntem angioneurotischen Ödem, von Wright ... 528
Morbus caeruleus, von Guthrie ... 528
Raynaudsche Krankheit und Sklerodaktylie, von Fuchs ... 529
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von Marsh ... 529
Die cerebralen Komplikationen der Raynaudschen Erkrankung, von Osler ... 529
Die Beri-Beri-Krankheit, von Daeubler ... 530
Zur Behandlung der Insektenstiche, von Ottinger ... 531
Ausschlag nach zu starken Strychningaben, von Dulberg ... 531
Über das Chloralexanthem, von Geill ... 531
Ein Fall von schwerem Quecksilberexanthem, von Issersohn ... 532
Akute, hämorrhagische Septikämie, behandelt mit Antistreptokokkenserum, von Ballance und Abbott ... 532
Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von Steer ... 532
Purpura haemorrhagica mit Netzhautblutungen, von Matthews ... 533

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Die Ptomaine als Ursache des Verbrennungstodes, von Ajello und Parascandolo ... 533
Ein Fall von perforierenden Darmgeschwüren nach einer Verbrennung, von Tobiesen ... 534
Die Behandlung der Verbrennung, von Brown ... 534
Pikrinsäure gegen oberflächliche Verbrennungen und Brandwunden, von d'Arcy Power ... 534
Zwei Fälle von Karbolgangrän, von Rosenberg ... 535

II. Neurotische.

Über Erythromelalgie, von Dehio ... 535
Zwei Fälle von Erythromelalgie, von Heimann ... 536
Ein Fall von Erythromelalgie, von Pezzoli ... 536
Über die Natur des Herpes zoster, von Paggi ... 536
Behandlung des Herpes zoster, von Ohmann-Dumesnil ... 536
Herpes des äußeren Ohres, von Sommers ... 536

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Eine Variolaepidemie in Marseille, von Bourneville ... 281
Zur Mischinfektion akuter Hautexantheme, von Samter ... 281
Über Varietäten des Typhusexanthems und ihre Bedeutung, von Singer ... 281

Seite

Warme Bäder (34° C.) bei den Infektionskrankheiten der Kinder, von Bosc 282
Zur Kasuistik der Sekundärinfektion bei Varicellen, von Steiner 282
Zwei Todesfälle bei Varicellen, von Löhr 282
Über Variola, von Wassermann 282
Die Blatternepidemie in Bern, von Fueter 283
Zur Kontagiosität der Variola, von v. Arx 283
Die Pockensterblichkeit in Bayern in den Jahren 1857/58—1892, von Boehm.. 283
Wissenschaftliche Untersuchungen über das spezifische Infektionsagens der Blattern und die Erzeugung künstlicher Immunität gegen diese Krankheit, von Sternberg 284
Die Bedeutung der Krankenpflege bei Blatternkranken 284
Über Impfschäden, Impfexantheme und nach der Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen, von Voigt 285
Zweiarmimpfung oder Einarmimpfung, von Jäger 286
Die Impfung vor der württembergischen Abgeordnetenkammer und die Erfolge der Aufhebung des Impfzwanges in der Schweiz 286
Zur Frage der Schutzpockenimpfung mit sterilen Instrumenten, von Witte 286
Mitteilungen aus der königl. Vaccinationsanstalt zu Kopenhagen, von Bondesen 286
Über den prognostischen Wert der Impfnarben, von Raymond 287
Die Erzeugung, Aufbewahrung und Anwendung der Vaccine, von Martin 287

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Zur Leprafrage, von Blaschko 383
Einige Bemerkungen zur Lepra nach den Erfahrungen aus dem Leprahospital zu Rio de Janeiro, von Havelburg 383
Die verschiedenen Knotenformen der Lepra, Bemerkungen gelegentlich der Vorstellung eines Falles von Cutislepromen, von Unna 384
Bericht über das Leprahospital von Rio de Janeiro, von Lima 385
Über Lepra, von Joseph 385

β. *Tuberkulose.*

Akute Miliartuberkel der Haut bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose, von Liechtenstein 385

γ. *Syphilis.*

Ergänzende Bemerkungen zum Kampfe gegen die Lues, von Stroehmberg ... 388
Die Verbreitung der Syphilis im Gouvernement Novgorod, von Herzenstein.. 388
Die Verbreitung der Syphilis und ihre ambulatorische Behandlung in den dem Krankenhause am nächsten gelegenen Dörfern des Tschernogrjasschen Kreises des Gouvernements Moskau, von Skatkin 388
Die Verbreitung der Syphilis im Nikolajewschen Kreise des Gouvernements Samara, von Nikitin 389
Über die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis, von Feulard 390
Unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heiraten, von Lesser 391
Die Prognose der Syphilis, von Fournier 391
Syphilis maligna secundaria, von Haslund 392
Einige weniger gewöhnliche Formen syphilitischer Erkrankung, von Mc. Call Anderson 392
Die Recidive der syphilitischen Roseola, von Fournier 393
Syphilis insontium, von Lenz 393
Vorlesungen über infantile Syphilis, von Coutts 393
Ausnahmen des Collesschen Gesetzes, von Ogilvie 394
Klinische Formen der konzeptionellen Syphilis, von d'Aulney 394
Über syphilitische Reinfektion, von Andriani 394
Lokalisation von Schankern auf ungewöhnlichen Stellen, von Griffin 395
Hartnäckiger Schanker der Unterlippe, von Montgomery 395
Ein Fall von luetischem Primäraffekt der Conjunctiva, von Hitschmann 395

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Seite

Fall von akuter Nephritis infolge eines allgemeinen impetiginösen Ekzems, von Bandel ... 38
Therapie des Eccema marginatum (Hebra), von Gál ... 38
Drei Fälle von Augenlèiden bei Ichthyosis simplex, von Hübner ... 38
Psoriasisfälle, welche wahrscheinlich durch Ansteckung verursacht waren, von Cantrell ... 39
Zur Frage über die Ansteckungsfähigkeit der Psoriasis vulgaris, von Trapesnikow 39
Über Psoriasis linguae areata, von Iwanow ... 39
Praktische Anweisungen zur Behandlung der Psoriasis vulgaris, von Grünfeldt 39
Zur Therapie der Psoriasis, von Kaposi ... 39
Allgemeine exfoliative Dermatitis nach Scarlatina, von Nicoletti ... 40
Dermatitis exfoliativa neonatorum, von Tánago y Garcia ... 41
Fall von recidivierendem Erythema scarlatiniforme desquamativum, von Ancitrano 41
Ein neues Raspatorium zur Behandlung der Trichophytie, von Colombini ... 41
Über die schwarze Haarzunge, von Röstowjew ... 41
Beitrag zur Lehre von der schwarzen Haarzunge, von Schmiegelow ... 41
Harnuntersuchung einer Pemphiguskranken, von Fodor ... 42
Der Befund des Rückenmarks und peripherer Nerven bei einem Fall von Pemphigus foliaceus, von Bargum ... 42
Über die lokale Behandlung der Akne, von Bronson ... 42
Zur Ätiologie und Histologie der Trichophytie (Sykosis parasitaria Bazin), von Ullmann ... 43
Behandlung der Sykosis coccogenes, von Frèche ... 44

b. der Cutis.

Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi, von Tánago y Garcia ... 44
Über die epidemische Stomatitis, die im Sommer 1895 in Wilna geherrscht hat, von Stembo ... 44
Staphylokokkämie infolge von Furunkulose, von Gangitano ... 44
Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis pyaemica, von Finger ... 45
Die bakteriologische Diagnose des Ulcus molle, von Colombini ... 45
Extragenitale Ulcera mollia, von Krefting ... 46
Merkmale des weichen Schankers am Kopfe, von Fournier ... 46
Über Ulcera contagiosa in der Harnröhre (Harnröhrenschanker), von Schönfeld 46
Zur Kasuistik des Ulcus molle in der Harnröhre, von Goldenberg ... 46
Über die günstige Einwirkung von Jodkalium auf die Heilung des Ulcus molle, von Lanz ... 47
Zur Behandlung der Inguinalbubonen mittelst Einstich mit nachfolgender Injektion von Argentum nitricum-Lösung, von Timofeew ... 47
Über Pemphigus vegetans, von Köbner ... 47
Ein Fall von Pemphigus vegetans Neumann, von Vägler ... 47
Ein Fall von Mykosis fungoides, von Krey ... 48
Über das Vorstadium der Mykosis fungoides, von Du Castel ... 49
Erysipel und Erythemformen, von Pertat ... 49
Erysipel geheilt mit Injektionen von Antistreptokokkenserum, von Lust ... 49
Zur Behandlung des Erysipels mit Vaselin, von Köster ... 49
Erysipelartiges Ödem des Gesichts, von Dubois-Havenith ... 49
Ein Fall von Elephantiasis des Beines mit Papillombildung am Fufse infolge von Erysipel, von Alessandro ... 49
Über Pustula maligna mit sekundärer hämorrhagischer Infektion, verursacht durch einen spezifischen Bacillus, von Babes und Pop ... 49
Zur Lichenfrage, von Neumann ... 50
Über Noma, von Nicolaysen ... 50
Rhinosklerom, von Freudenthal ... 50

C. *Progressive Ernährungsstörungen.*

Über das Vorkommen von Blastomyceten in den Epitheliomen und ihre parasitäre Bedeutung, von Binaghi ... 51

Seite

Eine neue Art von Blastomyceten, von Roncali 51
Über eiterige Prozesse in der Vorgeschichte der Krebskranken, von Lambotte 51
Zur Frage der Behandlung der malignen Neoplasmen mittelst Erysipeltoxins, von Koch..... 51
Ein Fall von Hautsarkomatose, von Brigidi 51
Carcinom der Brustdrüse beim Manne, von Sengenssе..... 52
Lokale Anwendung von Antimontrichlorid in einem Falle von Epitheliom des Gesichts, von Palmer..... 52
Ein Fall von primärem Epithelioma sebaceum, von Delore..... 52
Ein Fall von Epithelialcarcinom der Nase von dreijähriger Dauer, von Weed .. 52
Meibomsches Epitheliom des Augenlidknorpels, von Dor..... 52
Multiple Talgdrüsentumoren, von Rafin 52
Über Endotheliome, von Hansemann..... 53
Über die Bezeichnung „Endotheliom", von Volkmann..... .. 53
Ein Fall von Haemangioendothelioma tuberosum multiplex, von Elschnig 53
Ein Fall von Angioma auriculae, durch Operation geheilt, von Gruber..... 53
Ein Fall von multiplen, subkutanen Lipomen, von Moscato..... 54
Protozoen bei Lipom, von Vedeler 54
Die Diagnose des Epithelioma contagiosum, von Schamberg..... 54
Über das Epithelioma contagiosum, von Winagradow 54
Akanthosis nigricans, von Eichhorst (Heuss)..... 55
Ein Fall von angeborener papillomatöser, sog. neuropathischer Warzenbildung, von Spiegelberg..... 55
Über endotheliale Hautwarzen und ihre Beziehungen zum Sarkom, von Bauer. 56
Ein Fall von Lymphangiektasie und Lymphorrhagie, von Haferkorn 57
Hypertrophierende pulmonale Osteo-Arthropathie und Akromegalie, von Thayer 57
Über die Malariapigmente, von Boisson..... 57
Ein seltener Fall von Morbus Addisonii, von Hansemann 57
Über die traumatische Entstehung des Morbus Addisonii, von Schmey 58
Fall von Addisonscher Krankheit mit Ausgang in Heilung, von Cervellini.... 58
Über einen Fall diffuser Hautpigmentation mit einer eigentümlichen Verteilung des Pigments auf der Hautoberfläche, von Palatschenko 58

D. *Regressive Ernährungsstörungen.*

Ulcus cruris, von Eldén 59
Ein Fall ausgebreiteter Telangiektasie, von Levi und Lenoble..... 59
Medikamentöse Behandlung der Hämorrhoiden, von Naegeli-Ackerblom..... 59
Weitere Beobachtungen über Alopecia praematura oder praesenilis und deren häufigste Ursache — Eccema seborrhoicum, von Elliot..... 59
Über die Behandlung der Alopecia areata mit Acidum aceticum und Skarifikationen, von Faivre..... 60
Die nicht spezifische, symptomatische Alopecie, von Ohmann-Dumesnil..... 60
Klinische Untersuchungen über einige Fälle von Sklerodermie und ihre Beziehung zum Trophismus der Haut; kurze Betrachtung über diesen Trophismus bei der Vitiligo, von Montesano..... 60
Akute Leberatrophie bei Sclerema neonatorum, von Aufrecht..... 61
Sklerodermie, von Weber 61
Die Morvansche Krankheit, ihr Verhältnis zur Syringomyelie und Lepra, von Prus..... 61
Die Erkrankungen der Haut bei Diabetes, von Morrow..... 63
Über diabetischen Brand, von König 64
Vitiligo, seine Ursache und Behandlung, von Ohmann-Dumesnil..... 64
Anomalie der Haarfärbung, von Bourneville..... 64
Trichorrhexis nodosa, von Barlow 64

Idioneurosen.

Zur Behandlung des Pruritus vulvae, von Ruge 661
Zur Pathologie und Therapie des Pruritus, von Wannemaeker..... 661

Seite

Sekretionsanomalien.

Zwei Fälle von Chromidrosis, von Stott 661
Zur Behandlung des Schweifsfufses, von Adler 662
Schwerer Fall von Hysterie, von Behr 662

Saprophyten und Fremdkörper.

Eine Ikterus-Epidemie in King's Linn, von Plowright 662
Eine Ikterus-Epidemie, von Auerbach 662
Zur Pathologie des Ikterus, von Renvers 663

Mifsbildungen.

Ein seltener Fall von Hypertrichosis universalis acquisita, von Sarubin 663

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Über den diagnostischen Wert des lokalen Temperaturnachweises bei Affektionen der Urethra und Prostata, von Barrucco 175
Über intraepitheliale Drüsen der Urethralschleimhaut, von Klein und Groschuff 175
Glaskanüle zur Spülung der Harnröhre, von Tuffier 176
Harnröhren-Instrumente aus Glas, von Grünfeld 176
Kühlsonden bei verschiedenen Affektionen der Urethra, der Prostata und des Rectums, von Barrucco 176
Sonden für die elektromagnetische Behandlung der nervösen Affektionen des Geschlechtsapparates, speziell bei der Neurasthenie, von Barrucco 177
Urethritis infolge von Masturbation, von Faitout 177
Ausspülung der hinteren Harnröhre und Blase ohne Katheter, von Marx 177
Ein Fall von Urethrocele bei der Frau, von Beck 177
Über die Urethrocele beim Weibe, von Routier 178
Ein Beitrag zu den angeborenen Klappenbildungen im Bereiche der Pars prostatica urethrae (trichterförmiger Klappenverschlufs), von Schlagenhaufer 179
Pathologische und klinische Wichtigkeit der Verengerung des Harnröhreneinganges. Anzeigen zu dessen Durchtrennung und neue Operationsinstrumente, von Barrucco 395
Angeborener Verschlufs der Harnröhre. Bericht über eine Operation, von Allen 396
Angeborene Verengerung der Harnröhre, von Guibé 396
Strikturen der Urethra des Weibes, von Kleinwächter 481
Über die Elektrolyse bei der Behandlung der Urethralstrikturen, von d'Haenens 481
Resektion der Urethra mit plastischer Operation bei impermeabler Striktur, von Cappelen 481
Rifs der Harnröhre bei einem Radfahrer, von Moniot 482
Die Behandlung der Ruptur der Harnröhre durch sofortige Naht und Drainage der Blase, von Weir 482
Ruptur der Urethra während des Coitus, von Ganz 482
Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes. Entfernung durch Urethrotomia interna, von Tousey 482
Ein merkwürdiger Fall von Fremdkörpern in der Harnröhre, von Gibert 482
Ein Messingring 12 Jahre im Penis eingeschlossen, von Lefleive und Barbulée 483
Ein Harnröhrenstein, von Rörig 483
Fremdkörper in der Urethra und der Blase, von Loison 483
Die Entfernung einer während der chirurgischen Behandlung in der Harnblase zurückgebliebenen Bougie conductrice durch ein Instrument neuer Konstruktion, von Baumgarten 484

Seite
Voluminöser Blasenstein, von Verhoogen 484
Untersuchungen über die Muskelschichten der Harnblase und die Struktur des Sphinkter internus, von Versari 484
Über die entnervte Blase, von v. Zeissl 484
Enuresis, von Martin 484
Einige Formen nicht obstruktiver Ischurie, von Stein 485
Enuresis bei Kindern, von Williams 485
Zur Kenntnis der traumatischen, intraperitonealen Ruptur der Harnblase, von Holgerstedt 485
Ein Fall von Blasenruptur, von Cramer 485
Extraperitoneale Zerreifsung der Blase, von Audry 485
Auskratzung der Blase in hartnäckigen Fällen von Blasenentzündung, von Motz 486
Zur Anwendung des Verweilkatheters bei akuter Cystitis, von Schulz 486
Tuberkulose der Blase; ihre Erscheinungen und Behandlung mit Hülfe des Cystoskops, von Reynolds 487
Exstirpation der Blasenschleimhaut wegen Tuberkulose der Blase 488
Einfache und zuverlässige Blasendrainage, von Dawbarn 488
Über die Hinzufügung eines einseitigen oder zweiseitigen queren Schnittes zur medianen Sectio alta, von Audry 488
Über eine neue Methode, die Harnblase durch das Cavum ischio-rectale zu eröffnen von Levin 488

b. Hoden und Samenbläschen.

Neuere Untersuchungen über die Physiologie der Samenblasen, von Rehfisch . 488
Die Entstehung der Samenkörper, von v. Bardeleben 489
Über die sogenannten Zwischenzellen des Hodens und deren Bedeutung bei pathologischen Veränderungen, von Hansemann 489
Hodenschmerz, von Edmondson 490
Ein Fall von Achsendrehung des Hodens, von Sheen 490
Kongenitale Anomalie des rechten Hodens, von Parona 490
Medullarkrebs bei einem Manne von 59 Jahren, der an Ektopie eines Hodens litt, von Binaud und Chavannaz 490
Wirkung der Kastration auf die Entwickelung des Knochensystems, von Poncet 491
Über Hodenprothesen, von Loumeau 491
Spermatorrhoe, behandelt mit dem Psychrophor, von Le Clerc 491
Frühzeitiger Verschluſs der Ductus ejaculatorii, von Burnett 491
Primäre gummöse Epididymitis, von Reale 491
Fall von hysterischer Epididymitis, von Morel 491
Fall von tuberkulöser Orchitis, erfolgreich mit dem galvanischen Strom behandelt. Dauernde Heilung, von Halsted 492
Die Verkalkung der Tunica vaginalis als Komplikation einer alten Hydrocele, von Roswell 492
Über die Ruptur der Tunica vaginalis bei der Hydrocele, von Burdet 493
Die Injektionen von Jodoformäther in der Behandlung der Hydrocele, von Ponsard 493
Die radikale Behandlung der Hydrocele tunicae vaginalis, von Rörsch 537
Radikalbehandlung der Hydrocele durch Inversion der Tunica vaginalis, von Doyen 537
Über irritierende Injektionen und Drainage bei der Behandlung der Hydrocele, von Nicaise 537
Zur Kenntnis der spezifischen Krystallbildungen im Genitalsystem des Mannes, von Fürbringer 538

c. Prostata.

Über die Entstehung von Prostatitis und Harnröhrenstriktur durch das Radfahren mit schlecht passendem Sattel, von Townsend 538
Über die Häufigkeit der verschiedenen Arten der Prostata-Hypertrophie, von Motz 538
Über die sogen. Hypertrophie der Vorsteherdrüse und über anatomische Grundlagen der senilen Insufficienz der Blase von Ciechanowsky 538
Über Prostatahypertrophie und deren Behandlungsmethoden, von Viertel 539
Ein Instrument zur Massage der Prostata, von Swinburne 540
Zur leichteren Ertragung des Verweilkatheters bei Prostatikern von Guépin ... 540
Für voluminöse Prostata neue elastische Katheter, von Phélip 540

Seite

Die subcutane Durchtrennung des Vas deferens zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Lauenstein ... 540
Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resektion des Vas deferens, von Dumstrey ... 540
Hypertrophie der Prostata. Inkomplete Harnverhaltung. Resektion der Vasa deferentia. Heilung, von Zuckerkandl ... 541
Schwere Fälle von Prostatahypertrophie, von Pavone und Frassi ... 541
Prostatahypertrophie mit Resektion der Vasa deferentia, von Loumeau ... 541
Über die Resektion der Samenleiter als ein Heilmittel bei Prostatahypertrophie, von Helferich ... 541
Über die Kastration bei Prostatahypertrophie, von Czerny ... 541
Zur Kastration gegen Prostatahypertrophie, von Borelius ... 541
Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie, von Charlton ... 542
Vergebliche Kastration bei Prostatahypertrophie, von Kelsey ... 542
Bilaterale Kastration wegen Prostatahypertrophie nebst Bericht über einen einschlägigen Fall, von Meyer ... 542
Sehr schwere Erstickungsanfälle bei einem an Prostatakrebs erkrankten Manne, von Dubuc ... 542
Über osteoplastisches Carcinom der Prostata, zugleich ein Beitrag zur Genese der perniciösen Anämie, von Braun ... 543

d. Nieren, Ureteren und Harn.

Einfaches Urometer, von Cavazzani ... 582
Über ein neues Urometer und seine Anwendung zur Bestimmung des Traubenzuckers im Harn, von Lohnstein ... 583
Über Konservierung von Harnsedimenten, von Gumprecht ... 583
Veränderungen des Harns bei Katarakt, von Frenkel ... 584
Über einen seltenen Fall von Hämaturie (Prostatahämorrhoiden), von Krauss ... 584
Pathogenese und Behandlung der Hämoglobinurie, von Plicque ... 585
Hämoglobinurie bei Malaria, von Ferrier ... 585
Beitrag zur Lehre von der Albumosurie, von Leick ... 585
Über cyklische Albuminurie, von Marie ... 585
Hydrothionurie, das Auftreten von Schwefelwasserstoffgas im Urin, von Scott ... 585
Oxalurie und die Ausscheidung der Oxalsäure im Urin, von Dunlop ... 585
Zur Kenntnis der Ausscheidung von Fibrin und fibrinartigen Gerinnseln, von Klein ... 587
Über den Nachweis von Pepton im Harn, von Robitschek ... 588
Über die Ausscheidungen im Urin während des akuten Gichtanfalls mit besonderer Berücksichtigung der Harnsäure, von Pfeiffer ... 588
Die Ursache der Unwirksamkeit verschiedener gegen harnsaure Diathese empfohlener Mittel, von Mordhorst ... 588
Über die Bedingungen für die Entstehung harnsaurer Sedimente, von Mordhorst ... 589
Über die diuretische Wirkung des Harnstoffs, von Friedrich ... 589
Bestimmung des Harnstoffs im Urin, von Linossier ... 589
Die Frühdiagnose der descendierenden Tuberkulose des uropoetischen Systems, von Meyer ... 590
Wert der Cystoskopie zur Feststellung der Frühdiagnose bei Nierentumoren ... 590
Ein verirrter Ureter, von Maxson ... 590
Neue Beobachtungen von Ureterenimplantationen in die Flexura romana bei Ectopia vesicae, von Maydl ... 590

e. Labien, Vagina etc.

Ein Fall von Spontanheilung einer Blasen-Scheidenfistel, nebst Zusammenstellung von 235 spontan geheilten Harn-Genital-Darmfisteln des Weibes, von Boden 591
Ein Fall früher physischer Entwickelung eines 6½jährigen Mädchens, von Wladimirow ... 591
Atresia hymenalis congenita, von Müller ... 591
Über Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen, von Fischer ... 592
Haematocele para-vaginalis im Gefolge der Punktion einer Hydrocele, von Lemichez ... 591
Kraurosis vulvae, von Neumann ... 592

Seite

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Über den Gonococcus in der gerichtlichen Medizin, von Simon 335
Zur Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Blennorrhoe, von Kiefer 336
Über die Reaktion des blennorrhoischen Eiters und der Harnröhrenschleimhaut und über die Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit des Gonococcus, von Colombini 336
Eine neue Methode zur Färbung der Bakterien, insbesondere des Gonococcus Neisser, im Trockenpräparat, von Pick und Jacobsohn 336
Über Züchtung des Gonococcus in Reinkulturen an Tieren, von Heller 337
Kulturen von Gonokokken, von Nicolaysen 337
Über blennorrhoisches Fieber, von Róna 337
Die Bakteriurie als Komplikation der blennorrhoischen Erkrankung von Schlifka 339
Blennorrhoische Entzündung, von Hopkins 339
Experimentelle Blennorrhoe bei neugeborenen Kaninchen, von Heller 543
Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe des Weibes, von Schultz 543
Über latente Blennorrhoe des Weibes, von Pryor 546
Die Blennorrhoe beim Weibe und ihre Behandlung, von Carrick 546
Beitrag zur Lehre der infektiösen Vulvovaginitis bei Kindern mit Bemerkungen über die Ophthalmoblennorrhoe, von Sheffield 547
Über einen Fall von Rheumarthritis blennorrhoica bei einem neugeborenen Kinde, von Tyrrell 547
Blennorrhoe des Rectum, von Murray 547
Über die Rectalblennorrhoe bei Frauen, von Baer 547
Über diffuse blennorrhoische Peritonitis, von Kiefer 548
Die Abortivbehandlung des Trippers, von Lyons 593
Die Behandlung der akuten Blennorrhoe des Mannes, von Cassine 593
Über die Therapie der Blennorrhoe nach Janets Methode, von Bukovsky 593
Die Kaliumpermanganat-Irrigationen bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Swinburne 593
Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Airol, von Legueu und Lévy 594
Zur Frage der radikalen Behandlung der chronischen Blennorrhoe beim Manne, von Preiss 594
Über die diffuse blennorrhoische Peritonitis, von Bröse 594

Verschiedenes.

Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe für 1896 und 1897 179
Antwort an Herrn Jessner, von Proksch 180
Bemerkung zu der vorstehenden Antwort des Herrn Proksch, von Jessner 180
Nederlandsche Vereeniging van Dermatologen 232
Internationaler medizinischer Kongreſs in Moskau. 8. Sektion (Dermatologie und Syphiligraphie) 232
Über die Vorteile, welche aus dem Studium der Dermatologie abzuleiten sind, von Mackenzie 287
Aus Dr. Ledermanns Poliklinik für Hautkrankheiten, von Berliner 288
Eine neue Methode zur Herbeischaffung von Material für Hauttransplantationen, von Lusk 288
Die neue Prüfungsordnung für Mediziner. Besprechung und Vorschläge, von Hasse 340
Hauttransplantation nach Thiersch, von Menger 340
Geheimmittel-Analysen des Berliner Polizeipräsidiums 340
Inguinale und scrotale Cysten bei Kindern, von Manley 340
69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Braunschweig, 20. bis 25. September 1897 448
Vorläufige Mitteilung über bakteriologische Untersuchungen der Bubonenpest in Bombay, von Childe und Surveyor 493
Die Eunuchen des kaiserlichen Palastes zu Peking, von Matignon 494
Personalia 496

Seite

XII. internationaler medizinischer Kongreſs in Moskau 496
Die Bedeutung der Dermatologie auf dem Gebiete der medizinischen Wissenschaft, von Selenow 595
Die Behandlung frischer Finger- und Handverletzungen, von Beyer 595
Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Nebennieren. Wirkungen der Transplantation derselben, von de Dominicis 596
Hauttransplantation nach Krause bei den plastischen Operationen im Gesicht, von Erdmann 596
Henri Feulard †, von Sack 596
Bemerkungen auf die Ehrmannsche Erwiderung „Zur Epithelfaserfrage", von Kromayer 664
Eine Badewanne für die Schädeloberfläche, von Graeupner 664
Das neue Tuberkulin-Koch 664

IV. Notizen.

(Vacat.)

V. Sachverzeichnis 665
VI. Namenverzeichnis 683

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.

Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung, von P. G. Unna (Tafel I u. II) 1
Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen, von H. Rausch (Tafel III) 65
Die Histologie der Hydroa vacciniforme von Bazin, von V. Mibelli (Tafel IV). 87
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, P. G. Unna
V. Furunkel des Erwachsenen (Tafel V) 135
VI. Furunkel (Tafel VI) 181
Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris, von A. Jordan (Tafel VII) 206
Histologische Untersuchungen der Einwirkung des Resorcins auf die gesunde Haut, von J. C. Kellogg (Tafel VIII) 233
Über Sklerodaktylie, von F. Schubiger (Tafel IX) 397
Zur Epithelfaserfrage, von Kromayer (Tafel X) 449

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 1. 1. Januar 1897.

BOSTON MEDICAL LIBRARY NOV 23 1897

4307

Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung.

Vortrag, gehalten auf dem dritten internat. dermatol. Kongrefs zu London.

Von

P. G. Unna.

(Mit Tafel I u. II.)

Ich glaube, die Diskussion über die verschiedenen Formen der Hyperkeratose nicht zweckmäfsiger einleiten zu können, als indem ich die Frage zu beantworten versuche, was wir heutzutage unter normaler Verhornung zu verstehen haben. Es scheint, dafs in diesem Punkte neuerdings eine ziemlich befriedigende Übereinstimmung in den Ansichten der Autoren erzielt ist, während vor einem Decennium die Auffassungen über den Verhornungsprozefs noch sehr weit auseinandergingen. Es ist natürlich mit einer solchen Übereinstimmung über den normalen Verhornungsprozefs noch durchaus keine Sicherheit gegeben, dafs wir uns auch über die Anomalien desselben verständigen werden, aber immerhin besitzen wir damit doch eine feste Basis, auf welcher eine Diskussion über das Wesen der Hyperkeratosen leichter und gewinnbringender möglich ist.

Als Richtschnur für unsere gemeinschaftliche Arbeit möchte ich die These voranstellen, dafs wir in der Verhornungsfrage die drei möglichen Wege, den makroskopisch-klinischen, den mikroskopisch-histologischen und den chemischen, gleichmäfsig verfolgen müssen, um die Schwierigkeiten und Unklarheiten des einen Weges durch Erfolge auf den anderen beiden Wegen auszugleichen. Jede Einseitigkeit würde sich hier rächen, da die Klinik bisher den gröfsten Teil des Materials herbeigetragen und die Chemie durch Charakteristik des Keratins bereits eine Grundlage für unsere physiologische Auffassung des Verhornungsprozesses gegeben hat, beide Forschungswege aber doch von der Histologie detaillierte Aufschlüsse über die einzelnen Verhornungsanomalien erwarten. Wir haben also zunächst die makroskopische und makrochemische Definition der Hornzelle durch die Hülfsmittel der Mikroskopie und Mikrochemie zu ergänzen und zu präzisieren. Diese Definition lautet: Hornzellen sind Oberhautzellen (Zellen des äufseren Keimblattes), welche ein hartes, trockenes, mehr oder weniger transparentes Gewebe darstellen und sich durch Verdauungsfermente nicht auflösen lassen.

Die bisherigen histologischen Theorien der Verhornung teilt man der Übersichtlichkeit halber zweckmäfsigerweise in drei Gruppen, je nachdem das Innere der Zelle, der Mantel der Zelle oder beide Teile für verhornt angesehen wurden. Beginnen wir mit denjenigen Autoren, welche im Innern der Zellen den Prozefs der Verhornung sich abspielen lassen. Hier sind wieder drei verschiedene Theorien zu unterscheiden.

ZABLUDOWSKY glaubte, fertiges Keratin im Innern der verhornenden Zellen des Vogelschnabels annehmen zu sollen. Wahrscheinlich hatte er das damals noch wenig bekannte Keratohyalin vor sich. Obgleich nun schon WALDEYER nachgewiesen hatte, dafs das Keratohyalin verdaulich ist und deshalb kein Keratin sein kann, erklärte ZANDER später gerade das Keratohyalin für Keratin. Selbstverständlich ist diese Theorie, die gegen die erste Grundbedingung des Hornnachweises verstöfst und verdauliche Substanzen für fertiges Keratin ausgiebt, hinfällig.

Plausibler erscheint schon eine zweite Theorie, welche von WALDEYER herrührt und später von BEHN wieder aufgenommen wurde. WALDEYER konnte natürlich nicht in den Fehler verfallen, das Keratohyalin selbst für Keratin zu halten, glaubte aber, auf Grund gewisser Bilder der Haarwurzelscheide, dafs das Keratin aus einer Verbindung des Keratohyalins mit dem Rest des Zellprotoplasmas hervorginge. Danach wäre das Keratin etwa von analoger Konstitution wie gewisse, aus der Verbindung mehrerer Eiweifsstoffe hervorgehende Koagulationsprodukte (Fibrin, Hyalin etc.).

Eine dritte Theorie, nämlich die von REINKE, schliefst sich sachlich der letztgenannten an, indem sie eine durch basische Farben (Safranin, Gentiana) nach bestimmter Methode in den Hornzellen färbbare Substanz direkt als Prokeratin bezeichnet. Freilich ist es mit dieser Färbung ein eigenes Ding; in der Haarrinde und Haarcuticula werden nur die Epithelfasern durch sie gefärbt, in der Oberhaut, der Haarwurzelscheide, dem Haarmark und im Nagel der ganze Hornzelleninhalt. Weil nun in der Haarrinde die Färbung nur vorübergehend in einer bestimmten Zone auftritt, hält REINKE sie für einen Beweis unvollständiger Verhornung und deshalb sollen: Oberhaut, Haarwurzelscheide, Haarmark und sogar der Nagel nicht vollständig verhornt sein. Diese Schlufsfolgerung richtet eigentlich schon die Theorie. Aufserdem kann ich nicht umhin, darauf hinzuweisen, dafs Verhornungstheorien, welche von Bestandteilen des Haares aufgestellt und nur auf die Oberhaut übertragen werden, wie die beiden letztgenannten, schwerlich zu einem Verständnis der uns heute beschäftigenden Hyperkeratosen verhelfen können, da diese sich auf der Basis der normalen Oberhautverhornung entwickeln. Ich werde mich deshalb im Folgenden auch auf die Erörterung der Oberhautverhornung allein beschränken.

Anhangsweise bei der REINKEschen Theorie will ich jedoch noch

kurz derjenigen gedenken, welche BLASCHKO (1889) aufstellte und nach welcher Keratohyalin und Eleidin zwei Vorstufen der Verhornung darstellen sollen, weshalb er diese Substanzen auch als Prokeratin I und Prokeratin II unterschied. Diese Prokeratine von BLASCHKO sind also nicht mit REINKES Prokeratin identisch. Übrigens freue ich mich, mitteilen zu dürfen, dafs Herr Dr. BLASCHKO heute nicht mehr an der Existenz von Prokeratinen festhält. Denn diese, sowie die REINKEsche und WALDEYERsche Theorie scheitern bei ihrer Übertragung auf die Oberhaut einfach an dem Grundversuche der Pepsinverdauung, welcher zeigt, dafs der gesamte Inhalt der Hornzellen der normalen Oberhaut mit gröfster Leichtigkeit und Vollständigkeit verdaulich ist, also nicht einmal zum Teil aus Keratin bestehen kann, und dafs weiter die bei der Verdauung übrig bleibenden Hornhülsen an der dicken Hornschicht der Fufssohle von der untersten bis zur obersten Hornzelle von gleicher Dünne und Feinheit sind. Diese Thatsache schliefst nach meiner Ansicht die Existenz eines Prokeratins aus, die nur dann einen Sinn hätte, wenn man nachweisen könnte, dafs in den höheren Lagen der Hornschicht allmählich sich die Hornsubstanz auf Kosten eines Teiles des Zelleninhaltes quantitativ vermehrte oder auch qualitativ verbesserte, indem die Unverdaulichkeit gradatim zunähme. Von solchen allmählichen Verstärkungen der Hornsubstanz ist aber keine Rede, wie die Verdauungsversuche zeigen; schon die unterste basale Hornzelle ist mit genau demselben fertigen Hornmantel begabt wie die letzte; ein Prokeratin existiert mithin an der Oberhaut nicht. Wer die normale Verhornung derselben erklären will, mufs dieselbe schon an der untersten Hornzelle zu erklären versuchen. Irgendwelche Substanzen im Innern der fertigen Hornzelle können dazu nicht dienen.

Die zweite Gruppe der Verhornungstheorien wird durch die Theorie von CAJAL repräsentiert. Hiernach ist der Hauptsitz der Verhornung der Zellenmantel, aber von diesem aus erstrecken sich in Form eines mehr oder minder stark verhornten Netzes Fortsetzungen in das Innere der Zelle, und selbst der Kern soll in diesen Verhornungsprozefs hineingezogen werden. Ich kann auf Grund der Verdauungsversuche auch dieser Theorie nicht beipflichten. BLASCHKO, welcher früher eine der CAJALschen ähnliche Anschauung zu vertreten geneigt war, hat nach mir freundlichst zugegangener schriftlicher Mitteilung heute dieselbe aufgegeben und sich der dritten Gruppe von Autoren angeschlossen, welche den ganzen Verhornungsprozefs lediglich in den Zellenmantel verlegen.

Diese Theorie wurde von mir auf Grund von Verdauungsversuchen 1882 aufgestellt und 1888 wiederum verteidigt und aufrecht erhalten. Später sind derselben KÖLLIKER und BLASCHKO (nicht publiziert), besonders aber in einer sehr ausführlichen und bemerkenswerten Arbeit KROMAYER

beigetreten. Hiernach ist schon in der untersten Hornzelle die Verhornung vollendet, und zwar betrifft dieselbe nur den äußersten Saum der Zelle in der Breite von kaum 1 μ. Alle im Innern der Hornzellen auftauchenden und verschwindenden Substanzen sind als Begleiterscheinungen oder Folgeerscheinungen des peripheren Verhornungsprozesses aufzufassen und tragen stofflich nichts zur Hornsubstanz der fertigen Hornzelle bei. Diese Lehre mag auf den ersten Blick seltsam und allzu radikal erscheinen, sie ist aber die einzige, welche mit allen histologischen Thatsachen harmoniert. Die ersten beiden vor Ihnen aufgestellten Präparate zeigen die normale Hornschicht der Fußsohle in verdautem Zustande bei schwacher und starker Vergrößerung, wobei ich besonders darauf zu achten bitte, daß die Bälkchen des Hornnetzes durch die ganze Dicke der Fußsohle dieselbe Feinheit besitzen. Ich muß hierbei noch bemerken, daß meine Verdauungsversuche sich allerdings zunächst auf die dicke Hornschicht des Handtellers und der Fußsohle beziehen, aber auch an den dünnen Hornschichten der verschiedensten anderen Körperregionen kontrolliert worden sind. Regionäre Differenzen unter den Verdauungsresultaten waren nicht zu konstatieren; verschiedene Typen der Verhornung, wie sie ZANDER aufgestellt hat, existieren mithin, was den Keratingehalt und die Keratinstruktur betrifft, nicht. Auch eine andere Folgerung läßt sich noch aus den Ihnen vorliegenden Präparaten ableiten: an den Verdauungspräparaten sind die drei Schichten der normalen Hornschicht der Fußsohle verschwunden; auch diese normale Schichtung kann somit nicht auf Verschiedenheiten des Keratingehaltes, sie muß auf accessorischen Umständen beruhen.

Unsere jetzt schärfer zu fassende Definition der verhornten Oberhautzellen muß mithin lauten: Hornzellen sind Oberhautzellen, welche makroskopisch ein hartes, trockenes, mehr oder weniger transparentes Gewebe darstellen und in Verdauungssäften sich nicht auflösen, sondern dabei eine unverdauliche, aus Keratin bestehende Hüllmembran zurücklassen.

Nachdem wir hier auf einen festen Punkt bei der histologischen Betrachtung der Verhornungsfrage gekommen sind, lassen Sie uns auf die chemische Seite derselben näher eingehen. Daß beide Seiten sich ergänzen müssen, habe ich schon anfangs hervorgehoben, und wenn ich die histologische voranstellte, so geschah es, weil wir in dieser Beziehung bereits größere Fortschritte gemacht und eine sichere Grundlage unter den Füßen haben. Der Chemiker kann vom Histologen in der Verhornungsfrage bisher noch mehr lernen, als der letztere vom ersteren und zwar möchte ich diejenigen Punkte, welche der Chemiker als histologisch sicher festgestellt, im Auge zu behalten hat, folgendermaßen präzisieren. Der Chemiker hat zu beachten:

1. dafs die normale Hornsubstanz (der Deckepithelien) nur aus einem sehr kleinen Teil und zwar dem äufsersten mit der Aufsenwelt am nächsten in Berührung stehenden Saum des Protoplasmas entsteht;

2. dafs die sämtlichen im Innern des Zellenleibes auftretenden Substanzen, speziell das Keratohyalin und das Eleidin mit der Entstehung der Hornsubstanz nichts zu thun haben;

3. dafs daher das Keratin ein sehr einfacher Körper sein mufs, welcher dem Protoplasma sehr nahe steht,

4. dafs das Keratin besonders einem Bestandteil des Protoplasmas, der den äufsersten Saum der Zelle bilden hilft und welcher sich wahrscheinlich isolieren läfst, sehr nahe steht, dem Spongioplasma, mit dem das Keratin auch die schwierige Tingibilität teilt, und

5. dafs man in der normalen Hornsubstanz der Deckepithelien weder Kernsubstanz, noch Abkömmlinge derselben zu suchen hat.

Betrachten Sie nun die Durchschnittszahlen der chemischen Analysen verschiedener Eiweifssubstanzen, verglichen mit der des möglichst reinen Keratins, so ist die am meisten in die Augen springende Thatsache

	Eiweifs	Horn[1]
C	50—55 %	49,78%
H	6,9— 7,3%	6,64%
N	15—18 %	16,43%
O	21,3—23,5%	22,90%
S	0,3— 2,0%	4,25%

eine ungemein grofse Ähnlichkeit der qualitativen und quantitativen Zusammensetzung beider. Eigentlich unterscheiden sich die beiden Reihen nur durch den bei weitem höheren und übrigens auch sehr schwankenden Schwefelgehalt der Hornsubstanzen. Es ist daher nicht gerade zu verwundern, dafs man chemischerseits die Ansicht vertreten hat, das Keratin unterscheide sich vom Eiweifs nur durch seinen geringeren Wassergehalt; es sei also mit anderen Worten nicht eine besondere chemische Verbindung, sondern ein durch einfachen Wasserverlust gehärteter Körper (Morochowitz nach Drechsel). Es müfste sich nun schon um ein echtes Anhydrid des Eiweifses handeln, nicht blofs um ein getrocknetes Eiweifs, denn beliebiges Eiweifs (Hühnereiweifs, Casein, Organeiweifs), wenn man es durch Trocknen noch so hornähnlich gemacht hat, wird nicht viel

[1] Diese Hornanalyse entspricht der Zusammensetzung des sehr reinen Keratins aus der Schalenhaut des Hühnereis nach Merck. *Eulenburgs Realencyklopädie.* II. Aufl. pag. 594.

langsamer von Pepsinsalzsäure verdaut als dasselbe Eiweifs vor dem Trocknen. DRECHSEL macht aber mit Recht gegen die ganze Annahme, welche man als die erste chemische Verhornungstheorie bezeichnen kann, darauf aufmerksam, dafs sie weder den hohen Schwefelgehalt aller Keratine erkläre, noch den Umstand, dafs die Hornsubstanzen bei gewissen Behandlungen mehr Tyrosin, die Eiweifssubstanzen mehr Leucin liefern. Darauf giebt DRECHSEL seine eigene Ansicht zu erkennen, welche ich als zweite chemische Verhornungstheorie bezeichnen möchte. Er sagt:[2]

„Der Verhornungsprozefs oder genauer: die Entstehung der Keratine aus Eiweifs scheint vielmehr darauf zu beruhen, dafs ein Teil des Sauerstoffs im Eiweifs durch Schwefel ersetzt wird, so dafs sich das Keratin zum Eiweifs ähnlich verhält, wie Thiacetsäure ($C_2H_3O.SH$) zu Essigsäure ($C_2H_3O.OH$) und andererseits ein Teil des Leucins (oder einer anderen Amidosäure) im Eiweifs durch Tyrosin substituiert wird, ohne dafs im übrigen die Konstitution des Eiweifses dadurch geändert würde."

Ich habe schon bei früheren Gelegenheiten, ohne eine Theorie des ganzen Verhornungsprozesses aufzustellen, darauf aufmerksam gemacht, dafs klinische Gründe dafür sprechen, dafs bei der Verhornung aufser einer Wasserentziehung auch eine Sauerstoffentziehung, eine Reduktion im Protoplasma stattfindet, und möchte jetzt darauf hinweisen, dafs diese Annahme sich an die DRECHSELsche Theorie sehr wohl anschliefsen kann, wenn man die Reduktion als einen Ersatz von O-Molekülen durch S-Moleküle im Keratin auffafst. Eine einfache O-Entziehung darf man nun freilich deshalb nicht annehmen, weil der Sauerstoffgehalt des Keratins und Eiweifses ziemlich genau derselbe ist. Derselbe Grund macht es übrigens bei Annahme der DRECHSELschen Theorie auch notwendig, von einem teilweisen Ersatz des Sauerstoffs durch Schwefel bei allen Molekülen des Keratins abzusehen; denn dann müfste der O-Gehalt der Keratine in demselben Mafse sinken wie ihr S-Gehalt steigt, was nicht der Fall ist. Wir hätten uns, falls die DRECHSELsche Anschauung sich bewahrheiten sollte, doch immer vorzustellen, dafs diese Substitution nur an einigen Molekülen des Eiweifses vor sich geht und dafs dadurch das einseitige Anschwellen des niedrigen S-Gehaltes ohne merkliche Erniedrigung des von vornherein viel höheren O-Gehaltes hervorgerufen wird, oder mit anderen Worten, dafs im Keratin ein Gemisch von viel gewöhnlicherem Eiweifs mit wenig geschwefeltem Eiweifs vorliegt.

Andernfalls — und mit dieser Vorstellung wäre die Notwendigkeit gegeben, eine neue chemische Theorie der Verhornung aufzustellen — hätte man das Mehr an Schwefel auf eine Addition des Schwefels

[2] DRECHSEL, *Hermanns Handbuch der Physiologie.* Bd. V. Teil I. Chemie der Absonderungen und Gewebe. Gerüstsubstanzen. Keratin. pag. 601.

zum Eiweifsmolekül zurückzuführen. Auch diese Additionstheorie verträgt sich ganz gut mit der aus klinischen Gründen notwendigen Annahme einer gleichzeitigen O-Entziehung, da wir uns die letztere gerade an dem zu addierenden, Schwefel und Sauerstoff gleichzeitig beherbergenden Molekül vor sich gehend denken können.

Ehe ich auf diese dritte Möglichkeit der Keratinentstehung eingehe, möchte ich von den gegebenen chemischen Thatsachen diejenigen hervorheben, welche für den Anatomen von Wichtigkeit sind, nämlich:

1. dafs sich das Keratin vom Eiweifs in seiner Zusammensetzung qualitativ und quantitativ sehr wenig und hauptsächlich nur durch einen höheren S-Gehalt unterscheidet,

2. dafs es bei der Zersetzung relativ mehr Tyrosin an Stelle von Leucin als Eiweifs giebt, eine Oxyphenylamidosäure, dafs mithin wohl im Keratin eine Abspaltung oder Aufnahme von Phenol stattgefunden hat,

3. dafs die Besonderheit des Keratins und seine Differenz vom Protoplasma der Stachelzelle nicht nur in einer Wasserabgabe beruhen kann.

Wie man sieht, harmoniert der erste Satz der Chemiker sehr gut mit dem dritten der Anatomen, und beide lassen sich in dem Hauptsatze der Verhornungslehre zusammenfassen:

Keratin ist Protoplasma mit für die Struktur und Konstitution unwesentlichen Veränderungen. Eine tiefgehende Zersetzung im Eiweifs geht der Bildung von Keratin sicherlich nicht vorher. Und wenn der Chemiker uns die Frage offen läfst, ob das Mehr von Schwefel (und Phenol) im Keratin durch Abspaltung innerhalb des Protoplasmas oder durch Aufnahme von aufsen stattgefunden habe, so belehrt uns der Anatom, dafs eine Aufnahme von seiten des in Zersetzung begriffenen Zelleninnern jedenfalls nicht zum Wesen des Verhornungsprozesses gehört, nicht blofs weil die Verhornung der Zellenoberfläche während des Beginnes dieser Veränderungen im Zelleninhalte schon vollendet ist, sondern weil dieselbe auch in ganz der gleichen Weise sich ausbildet, wie auch die sonstigen am Protoplasma und Kern sich abspielenden Prozesse verlaufen mögen.

Hiernach erscheint es am wahrscheinlichsten, dafs das Mehr an Schwefel (und Phenol) wirklich auf eine einfache Addition und zwar durch Aufnahme von aufsen zurückzuführen ist. Folgende Gründe sprechen dafür:

1. Die Abwesenheit auffallender struktureller Veränderungen der Zellen an ihrem verhornenden Randsaum. Bekanntlich verkürzen sich blofs die Stacheln der Stachelzellen und werden auf punktförmige Verbindungsbrücken der Hornzellen reduziert, während die homogene, schwer tingible, verdauliche Peripherie der Stachelzelle ohne histologisch wahrnehmbare Veränderung in den ebenfalls homogenen,

schwer tingiblen, aber unverdaulichen und daher aus Keratin bestehenden Randsaum der Hornzelle übergeht.

2. Die Beschränkung der verhornten Zone auf die äufserste Peripherie der Zelle. Da die homogene äufserste Schicht des Protoplasmas in der Stachelzelle sich histologisch (d. h. strukturell und tinktoriell) nicht wesentlich unterscheidet von dem die Stachelzelle schwammartig oder wabenförmig durchsetzenden Spongioplasma, so wäre es immerhin merkwürdig, wenn jene ohne dieses verhornte, falls eine innere Zersetzung die Verhornung zuwege brächte. Diese Verschiedenheit des Schicksals von äufserem Zellensaum und innerem Spongioplasma wird dagegen leicht erklärlich, wenn eine Addition von aufsen die Verhornung herbeiführt.

3. Eine Einwirkung der in der Lymphe gelösten Körper auf die Verhornung ist deshalb nicht unwahrscheinlich, weil genau bis zum Beginne der Verhornung die Stachelzellen von ziemlich weiten und leicht sichtbar zu machenden Lymphspalten umgeben sind, die in der basalen Hornschicht ziemlich plötzlich obliterieren. Würde eine Addition von innen her für die Verhornung der Zellenwand in Betracht kommen, so wäre nicht einzusehen, weshalb der Prozefs der Verhornung nicht innerhalb der höheren Lagen der Hornschicht immer weiterginge und warum derselbe schon in der untersten Hornschichtlage beendigt ist.

Hiermit ist die Berechtigung der Hypothese, dafs die Verhornung der Oberhautzellen durch von aufsen zugeführte, in der Oberhautlymphe gelöste Stoffe herbeigeführt ist, nachgewiesen. Wenden wir uns deshalb weiter zur chemischen Seite der Frage. Wir müssen uns jedenfalls die Bindung des Schwefels derartig vorstellen, dafs, ohne den Charakter der Hornsubstanz als solcher wesentlich zu ändern, Multipla von Schwefelatomen in dieselbe aufgenommen und von derselben abgegeben werden können, kurz, als eine lockere und quantitativ nicht unabänderliche. Ich glaube nicht, dafs eine derartige direkte Bindung von Schwefel an unverändertes Eiweifs bisher bekannt ist.

Eine histologische Beobachtung auf dem Gebiete der experimentellen Pharmakologie legte mir eine andere Auffassung nahe. Einem jeden, der die Einwirkung der Karbolsäure auf die Oberhaut histologisch untersucht, mufs die Ähnlichkeit der vom Phenol verätzten, unverhornten Epidermis mit der normalen Hornschicht auffallen. Den meisten Färbungen gegenüber verhält sie sich genau wie die letztere. Dafs makroskopisch durch die Behandlung mit konzentrierter Karbolsäure das unverhornte Epithel — wie alles tierische Gewebe und Eiweifs überhaupt — hornähnlich, d. h. hart und transparent wird, ist allgemein bekannt; ich kann hinzusetzen, dafs derartige Stachelschicht auch in Pepsinsalzsäure sehr schwer verdaulich wird.

Nehmen wir nun einmal beispielsweise an, dafs die Stachelzellen aus

der Lymphe zunächst Phenol in einige Eiweifsmolekülе ihrer Randschicht aufnehmen, so hat es nichts Unwahrscheinliches, weiter anzunehmen, dafs diese phenolhaltige Randzone wie alle aromatischen Verbindungen mit Vorliebe Schwefelsäure anzieht und eine Sulfonsäure des Phenols oder bei gleichzeitig stattfindender Reduktion auch eine Sulfinsäure des Benzols bildet.[3] Von den benzolsulfinsauren Salzen ist aber bekannt, dafs sie sich direkt Schwefel anlagern können und dadurch in benzolthiosulfonsaure Salze übergehen:

$$C_6H_5.SO_2.Na + S = C_6H_5.SO_2.SNa.$$

Ebenso leicht geben die thiosulfonsauren Salze ihren Schwefel ab und zerfallen wieder in Schwefel und sulfinsaure Salze:

$$C_6H_5.SO_2.SNa = S + C_6H_5.SO_2.Na.$$

Hier hätten wir also eine lockere Schwefelverbindung, welche den beiden Postulaten gerecht wird, dafs in das Eiweifsmolekül ohne Zersetzung desselben und unter der Form einer einfachen Addition Schwefel aufgenommen, andererseits aber auch der Schwefel ohne Verlust des Gesamt-, d. h. des Horncharakters, theilweise wieder abgegeben werden kann (z. B. durch Kochen des Keratins mit Wasser). Zugleich aber erfüllt diese Hypothese noch ein weiteres Postulat der Chemiker auf die einfachste Weise; sie würde erklären, weshalb das Keratin gegenüber dem Eiweifs bei der Spaltung verhältnismäfsig mehr Tyrosin als Leucin liefert, weshalb mehr Oxyphenylamidopropionsäure als Amidokapronsäure gebildet wird.

Ich betrachte daher die Annahme, dafs das Protoplasma der Oberhautzellen sich unter successiver Aufnahme von Phenol, Schwefelsäure und Schwefel in die Zellenperipherie aus den Körpersäften und unter gleichzeitiger Reduktion in Keratin umwandelt, als eine brauchbare Arbeitshypothese. Sollte dieselbe auch in Zukunft durch eine richtigere Anschauung ersetzt werden müssen, so wird sie doch das Gute haben, dafs man an ihrer Hand experimentell dem Verhornungsprozesse nachspüren kann, dafs man versuchen kann, künstlich aus Eiweifs Keratin zu erzeugen.

Meine Versuche in dieser Richtung sind nicht ganz resultatlos verlaufen. Man kann schon durch Hitze koaguliertes Hühnereiweifs durch konzentrierte Karbolsäure in einen Zustand überführen, in welchem es für Pepsinsalzsäure unangreifbar wird. Aber mit schwachen Karbollösungen, wie sie doch in der Natur allein in Frage kommen können, gelang es mir nicht. Dagegen habe ich ein positives Resultat bekommen, als ich einen Eiweiskörper zu Grunde legte, der dem Spongioplasma des Deckepithels sehr nahe stehen mufs, nämlich das Spongioplasma der

[3] SO_2 und C_6H_6 geben bei Gegenwart von $AlCl_3$ direkt Benzol-Sulfinsäure ($C_6H_5SO_2H$). Von Richter (*Chemie der Kohlenstoffverbindungen.* 6. Aufl. 1891. pag. 714).

Leberzellen. Ich nahm die Leber, weil sie zum gröfsten Teile aus nicht verhornenden Epithelien von ähnlicher kubischer Form und ähnlichem Bau, wie die Oberhautzellen und einer nur sehr geringen Menge von Bindegewebe besteht. Auch in diesen Epithelien ist ein schön ausgebildetes, wabenförmiges Spongioplasma vorhanden, welches man ziemlich rein darstellen kann, wenn man die Kerne durch konzentrierte Sodalösung extrahiert. Setzt man die so erhaltene, an und für sich leicht verdauliche Masse der gleichzeitigen Einwirkung einer 5%igen wässerigen Karbolsäurelösung und einer, freie schwefelige Säure abspaltenden Calciumbisulfitlösung (5%ig) eine Nacht im Brütofen aus, so resultiert ein brauner, keratinähnlich aussehender Körper, welcher in Pepsinsalzsäure absolut unlöslich ist, sich dagegen, wie Keratin, wenn auch langsamer, in Ammoniak auflöst. Da die Leberzellen niemals spontan verhornen, so kann man hier mit Fug und Recht von einer künstlichen Verhornung reden. Anstatt der in der Natur wahrscheinlich gemeinsam wirksamen Schwefelsäure und reduzierenden Körper nahm ich der Einfachheit wegen gleich schwefelige Säure; es ist mir nicht unwahrscheinlich, dafs man den angedeuteten Gedankengang, welcher meiner Additionstheorie des Keratins zu Grunde liegt, auch auf anderem Wege bis zum Ziele verfolgen kann. Der Beweis, dafs das als künstliche Hornsubstanz imponierende Material auch dem natürlichen Keratin chemisch gleicht, kann natürlich erst durch genaue Untersuchung seines Schwefelgehaltes und seiner Zersetzungsprodukte geliefert werden. Erst wenn es eine allgemein anerkannte chemische Theorie der Verhornung giebt, wie wir eine histologische besitzen, kann unsere Definition der Hornzelle auch von chemischer Seite näher und schärfer präzisiert werden; bis dahin bleibt sie eine klinisch-histologische.

In der pathologischen Verhornung betreten wir nun ein Gebiet, welches der Bearbeitung viel gröfsere Schwierigkeiten bietet, als das der normalen Verhornung, oder besser gesagt: mir viel gröfsere Schwierigkeiten darbot. Der gröfste Teil der Zeit, welche ich im letzten Jahre diesem Teile meiner Aufgabe zuwenden konnte, wurde geradezu von methodischen Versuchen absorbiert über die beste Art, pathologische Hornprodukte zu verdauen. Die normale Hornschicht verwöhnt uns nämlich durch die Leichtigkeit, mit welcher reine Hornsubstanz in den Schnitten durch jeden Verdauungsversuch isoliert wird. Die Fufssohlenhaut mag frisch oder jahrelang in Alkohol konserviert, trocken geschnitten oder in Celloidin eingebettet gewesen sein, man mag sie bei 37° C. oder 40° C. verdauen, immer ist an feinen Schnitten nach zwölf Stunden der ganze Inhalt der Hornzellen herausgedaut und zwar selbst dann, wenn die anhängende Stachelschicht und Cutis erst leichte Andeutungen einer Verdauung erkennen lassen. Diese abnorme Leichtigkeit der Verdauung

normalen Hornzelleninhaltes ist ja leicht verständlich, wenn wir bedenken, dafs er bereits von Natur quasi verdaut, d. h. in zum Teil halbflüssige Produkte regressiver Metamorphose umgewandelt oder, wie KROMAYER sich treffend ausdrückt, nekrobiotisch ist; hier hat die künstliche Verdauung ein besonders leichtes Spiel.

Ganz anders liegt die Sache aber, wenn man an die Verdauung von derartigen pathologischen Produkten herangeht, bei denen keine regressive Umwandlung des Zelleninhaltes vorhergegangen ist. Hier erlebt man manche Enttäuschung; in lockeren Ekzemkrusten bleiben Hornzellen ganz unverdaut, während Schnitte von harten Hauthörnern leere Hornhülsen zeigen; in Fällen, wo die vollständige Verdauung des Zelleninhaltes ausbleibt, ist man unsicher, ob wirklich nur Hornsubstanz vorliegt oder ob zufällige äufsere Hindernisse der Verdauung mitspielen. Es ist aus diesem Grunde bei der Verdauung pathologischer Hornprodukte durchaus geboten, eine bestimmte Technik zu befolgen, welche eine Reihe von Fehlerquellen ausschliefst, die eine regelrechte Verdauung beeinträchtigen können. Zum Teil beruhen diese Fehler auf allgemeinen Vorurtheilen, die sich auf die Verdauungsversuche en masse der Chemiker gründen. Bei strikter Einhaltung dieser technischen Regeln sind allerdings die Verdauungsversuche auch auf diesem Gebiete sehr einfach und geben unzweideutige Resultate.

1. Der bei weitem wichtigste Punkt ist die Anfertigung feiner Schnitte. Die Schnitte sollen womöglich so fein sein, dafs jede Hornzelle zweimal angeschnitten ist; wenigstens aber mufs jede einmal angeschnitten sein. Es heifst dem Zelleninhalte zuviel zumuten, sich erst durch eine unverdauliche Hornmembran hindurch verdauen zu lassen und dann noch durch dieselbe gut erhaltene Membran ihren Inhalt nach aufsen abzugeben; wenn die Hornhülsen nicht angeschnitten sind, ist es zunächst zweifelhaft, ob die Verdauungsflüssigkeit dieselbe passiert und zum Inhalte gelangt, aber noch zweifelhafter, ob am Schlusse der Verdauung eine Entleerung des Verdauten durch die unverdaute Membran stattgefunden hat, und ganz sicher, dafs man sich mikroskopisch nicht von dem Verschwinden des Inhaltes überzeugen kann. Man sieht, von wie einschneidender Wichtigkeit die Kenntnis der normalen Randverhornung für das Studium und die Lehre von der pathologischen Verhornung ist. Auch bei der Untersuchung des Keratins en masse haben die Chemiker auf diesen Punkt zu wenig Rücksicht genommen. Um den Zweck des ein- bis zweimaligen Anschnittes jeder Hornzelle zu erreichen, mufs das Material stets senkrecht zur gröfsten Fläche der Hornzellen geschnitten sein.

2. Fast ebenso wichtig wie die Feinheit der Schnitte ist die Einhaltung einer Temperatur von etwas über 40° bei der Verdauung. Sinkt die Temperatur um 1°—3°, so wird die Verdauung unverhältnis-

mäfsig stark verlangsamt und in ihrem Endresultat ganz in Frage gestellt Nur was bei der Temperatur von 40°—41° nicht verdaut wird, hat man falls alle übrigen Vorkehrungen richtig getroffen waren, als unverdauliches Keratin zu betrachten.

3. Man mufs wissen, dafs in Alkohol gehärteter Zelleninhalt sich ebensogut verdaut wie frischer und deshalb mit Rücksicht auf die gröfstmöglichste Feinheit der Schnitte überhaupt dem in Alkohol gehärteten und regelmäfsig eingebetteten Material den Vorzug geben. In den Lehrbüchern wird empfohlen, die Alkoholhärtung im allgemeinen vor der Verdauung zu vermeiden. Deshalb hatte ich früher dickere Hornprodukte trocken geschnitten, feinere mit Umgehung des Alkohols eingebettet. Aber die Schnitte fielen dabei nicht immer fein genug aus und dieser Umstand bedingt einen weit gröfseren Fehler als die wirklich ganz irrelevante Vorbehandlung mit Alkohol. Nur wer im Schneiden sehr geübt ist und grobe Hornmassen vor sich hat, mag mit dem Mikrotom trocken schneiden.

4. Jede Verdauung wird beschleunigt durch eine vorübergehende Entfettung; absolut notwendig ist eine solche nicht. Bei der von mir empfohlenen Alkoholhärtung und Celloidineinbettung tritt stets eine genügende Entfettung ein.

5. Die Chemiker pflegen diejenigen Substanzen als Keratin zu bezeichnen, welche nach Behandlung mit verdünnten Alkalien, Säuren und Verdauungsfermenten übrig bleiben. Da nun andererseits die Verdauung etwas rascher an wasserhaltigen als an getrockneten Geweben vor sich geht und die verdünnten Alkalien und Säuren (besonders Essigsäure) die zu verdauenden Schnitte beträchtlich quellen machen, so könnte man glauben, dafs bei sehr trockenem oder lange Zeit in Alkohol aufbewahrtem Material eine vorhergehende Behandlung mit dünnen Alkalien und Säuren eine gründlichere Verdauung des Schwerverdaulichen bewirkte. Eine solche naheliegende Annahme wäre ein folgenschwerer Irrthum. Wie man durch vergleichende Versuche mit gekochtem und in Alkohol gehärtetem Hühnereiweifs erkennen kann, wird die Verdauung durch eine Vorbehandlung mit verdünnten Alkalien und Essigsäure trotz der enormen Quellung verzögert; schwieriger verdauliche Substanzen können dadurch nahezu unverdaulich werden. Der Grund liegt offenbar darin, dafs diese quellenden Substanzen sich imbibieren und später das Eindringen der Pepsinsalzsäure erschweren. Nur Salzsäure zur Vorbehandlung ist irrelevant, bringt aber auch keinen Vorteil. Ich glaube, dafs auch bei Verdauungsversuchen im Grofsen eine wohlgemeinte Vorbehandlung mit quellenden Substanzen als ein Fehler zu betrachten ist. Wir werden noch sehen (siehe unten: Clavus), dafs man hornähnliche, aber verdauliche Substanzen durch eine derartige Vorbehandlung vor der Verdauung schützen kann.

6. Unter allen Verdauungsfermenten (Pepsin, Trypsin, Pankreatin, Papayotin) ist diejenige mittelst Pepsin und Salzsäure am meisten zu empfehlen. Besonders die alkalischen Verdauungsflüssigkeiten sind unpraktisch, da sie die Kerne auflösen und stets eiweifsartige tingible Niederschläge auf den verdauten Resten hinterlassen, sodafs keine reine Bilder zu stande kommen.

Nach vielen mifslungenen Versuchen ist daher meine Methode eine sehr einfache geworden. Die betreffenden Hornprodukte werden, wie zu gewöhnlichen Schnittpräparaten, in Alkohol rasch gehärtet, in Celloidin eingebettet und möglichst fein, senkrecht zum gröfsten Durchmesser der Hornzellen geschnitten. Die Schnitte werden im Äther-Alkohol von Celloidin befreit, in Alkohol, dann in Wasser übertragen und kommen sofort bei einer Temperatur von 40—41° C. zwölf Stunden bis vier Tage lang und länger in die Verdauungsflüssigkeit (Aqua 100, Acid. hydrochlor. 1,0, Pepsin 0,5), am besten in einem Reagirgläschen. Die verdauten, ungemein zarten Schnitte spült man in Wasser ab, bringt sie in Alkohol und nach einiger Zeit in Wasser, um sie gehörig auszubreiten, trocknet sie gut ausgebreitet am Objektträger an, färbt in der Wärme eine Minute mit polychromer Methylenblaulösung, fixiert mit 1%iger Lösung von rotem Blutlaugensalz, trocknet wieder ab, entfärbt mit salzsaurem Alkohol, hellt in Bergamottöl auf und montiert in Balsam. Wo es sich um sehr feine Hornprodukte (feine Schüppchen von Pityriasis capitis, Psoriasis, Ichthyosis) handelt, verfahre ich folgendermafsen, um genügend feine Schnitte in der richtigen Richtung zu erhalten. Die Schüppchen kommen in ein auf schwarzem Grunde ruhendes Uhrschälchen, in welchem sich etwas Alkoholäthermischung mit einem Tropfen Celloidin befindet. Man hebt sie von hier mittelst einer Platinöse auf ein kleines, aus schwarzem Papier geschnittenes Viereck und legt mit der flachen Seite ein Schüppchen auf das andere, wo sie sofort ankleben, bis ein kleiner Schuppenhügel entsteht. Diesen schiebt man mit dem Papier in eine Hollundermarkspalte, umschnürt das Stück Hollundermark, wobei die Schüppchen alle glatt gegen das Papier gepreſst werden, und bringt das Ganze auf eine Nacht in dünnes Celloidin. Die betreffenden Schnitte werden von Celloidin befreit und kommen mit dem Hollundermarke in die Verdauungsflüssigkeit; dieser setzt man einen Tropfen Säurefuchsin zu, wodurch nach Schluſs der Verdauung die ungemein feinen Hornschnitte sich durch ihre stark rote Farbe gut von dem blassen Hollundermark abheben und isolieren lassen.

Auf diese Weise sind die im Folgenden Ihnen vorzuführenden Schnitte von Hornprodukten der Hyperkeratosen erhalten worden.

Den einfachsten Fall von Hyperkeratose stellt die Schwiele (Callus) dar, auch in Bezug auf den Verhornungstypus. Vergleichen Sie die Bilder der Verdauungsprodukte von Callus und von der normalen Fufssohlenhaut,

so scheinen dieselben auf den ersten Blick identisch zu sein; hier wi dort das bekannte regelmäfsige Netz von Keratinbälkchen. Nur fällt be genauerer Prüfung auf, dafs das Netz bei der Schwiele gegen die Obe fläche hin in seinen Balken feiner, in seinen Maschen weiter wird, ja dafs an einigen Stellen die Bälkchen zerrissen sind, so dafs mehrer Maschen zusammenfliefsen. Diese verdünnten Partien des Hornnetze entsprechen an der noch unverdauten Schwiele den besonders harten stark komprimierten, „geschweifsten" Stellen. Mit solchen Stelle beginnt ja die einfache (traumatische) Schwielenbildung, indem äufsere Druck die Hornschicht komprimiert (z. B. Fufszeug, Ruder, Hammergriff etc.) und die darunter liegende Oberhaut zur Produktion und Aufstapelung einer normal gebauten, aber abnorm dicken Hornschicht veranlafst.

Wir stehen hier gleich anfangs vor einer auffallenden Erscheinung. Der einfache, mechanische Druck kann die fertige Hornschicht so beeinflussen, dafs dieselbe klinisch dichter und härter, zugleich aber — wie die Verdaungsversuche lehren, an Keratin ärmer wird. Reichtum an Keratin und klinische Härte gehen nicht immer parallel.

In viel grofsartigerem Mafsstabe tritt uns dieselbe Erscheinung bei Betrachtung des Leichdorns (Clavus) entgegen. Diese eigentümliche Hornbildung entsteht bekanntlich aus der Schwiele durch fortgesetzten, zentrierten Druck. An den Schnitten durch einen Leichdorn, welchen sie unter dem Mikroskope sehen, haben Sie das typische Bild des Clavus vor sich. Mitten in dem die Haut bedeckenden Callus senkt sich ein Pflock aus verdichteter, comprimierter Hornsubstanz abwärts, die Oberhaut und Cutis tief dellenförmig einbuchtend. Vergleichen Sie damit die nächsten Schnitte desselben Leichdorns, welche verdaut sind, so sehen Sie, das der Callus rechts und links das normale Hornbalkennetz zeigt, dafs aber gerade der Clavus in der Mitte zum gröfsten Teile verdaut ist, indem die Hornbalken immer feiner werden und schliefslich so fein, dafs sie schwinden und dafs die Maschen zu grofsen Hohlräumen konfluieren. An regelrecht (zwölf Stunden) verdauten Schnitten fällt daher, nach Auflösung der Cutis und Stachelschicht, der Clavus in zwei Stücke auseinander, die den seitlichen Partien des Callus entsprechen und sich nicht gut zur Demonstration eignen. Um Ihnen diese wichtige Thatsache der Clavusverdauung vorzuführen, mufste ich deshalb halbverdaute Schnitte (z. B. nach einer durch Essigquellung verlangsamten Pepsinverdauung) wählen. An den noch vorhandenen Resten der Cutis und Stachelschicht sehen Sie, dafs die betreffenden Schnitte nur halb verdaut sind und doch ist der Clavus schon gröfstenteils geschwunden. Die Verdaulichkeit nimmt mit dem Alter des Clavus zu; daher sehen Sie nur den jüngsten, tiefsten Teil desselben noch erhalten.

Einem ganz ähnlichen Gegensatz zwischen normaler und abnorm

leichter Verdaulichkeit begegnen wir bei einer anderen Hornbildung, nämlich beim Cornu cutaneum. Hier sind es, wie eine Vergleichung der beiden Schnitte desselben Hauthornes, unverdaut und verdaut, zeigt, die Marksäulen des Hornes, welche ein sehr feines, leicht zerreifsliches und bei längerer Verdauung sich zum Teil verdaulich erweisendes Hornbalkennetz zeigen, während die sogen. Rindensubstanz des Horns ein gleiches Hornbalkennetz ergiebt, wie die Fufssohlenhaut und der Callus. Bekanntlich ist das Hauthorn im Gegensatz zur Schwiele papillär gebaut und besteht aus Hornkuppeln (sog. Marksäulen), welche konvex über den Papillen aufgeschichtet sind und Horntüten (sog. Säulen der Rindensubstanz), die konkav zwischen den Papillen in einander stecken. Jene gehen aus einer dünnen suprapapillären Stachelschicht hervor, ohne Bildung von Keratohyalin und Eleidin, diese aus einer dicken interpapillären Stachelschicht mit reichlicher Abscheidung von Keratohyalin und Eleidin. Der Inhalt der über den Papillen (liegenden Zellen der Kuppeln ist stark geblähl, teils homogen, teils grobkörnig und pflegt im oberen Teile des Hornes einzutrocknen und Luft einzusaugen (daher die Ähnlichkeit mit dem Haarmark). Es erscheint ganz verständlich, dafs diese Zellen, der direkten Saftzufuhr von den Papillen ausgesetzt und ohne jenen Widerstand, den eine normale Eleidinabscheidung der Durchfeuchtung der Hornzellen von innen her entgegensetzt, übermäfsig aufquellen müssen. Ebenso verständlich ist es aber auch, dafs gerade diese Zellen nahezu ganz verdaulich sind und sehr wenig Keratin an ihrer Peripherie ausbilden. Auch diese Zellen stehen wegen ihrer Aufquellung im Inneren des Hauthornes jedenfalls unter besonders starkem Druck, aber aufserdem sind sie besonders feucht.

Hier am Hauthorn lernen wir einen zweiten Faktor kennen, welcher die Bildung des Keratins erschwert und schliefslich verhindert, nämlich die Durchfeuchtung der Zellen. Für sich allein und daher klarer tritt aber dieser Faktor bei allen jenen Verhornungsanomalien hervor, die ich als Parakeratosen bezeichnet habe. Als Typus derselben wähle ich die Psoriasis (oder das psoriatiforme Ekzem) und bitte Sie, die entsprechenden Schnitte derartiger Schuppen in unverdautem und verdautem Zustande zu betrachten. Die sehr dicken Schuppen zeigen einen ähnlichen Wechsel von geblähten, nach aufsen konvexen, kuppelförmig sich deckenden und von schmalen, nach aufsen konkaven, tüten- oder hier besser becherförmig in einander steckenden Hornlamellen wie das Hauthorn; nur sind die Wellen der Hornschicht viel flacher. Wie die Verdauung ganzer Hautschnitte zeigt, entsprechen jene den Papillen, diese den interpapillären Stellen. Nach der Verdauung sind die ersteren bis auf feine Reste eines sehr weitmaschigen Netzes verschwunden, die letzteren zeigen das bekannte und hier ziemlich enge Hornbalkennetz. Bei den feuchten Ekzemkrusten

verhält sich die Sache ebenso; nur kommen hier auch viele extracellulär frei eingelagerte, seröse Coagula vor, welche mitverdaut werden, wodurch die Verdauungslücken in den Krusten sich bedeutend vergrößern. Die übrigen Parakeratosen schließen sich an diesen Typus an. Die Schuppen und Krusten der trockenen und feuchten Hautkatarrhe bilden eine kontinuierliche Reihe, indem überall das bekannte Hornbalkennetz von stärker verdauten Stellen und ganz verdauten und somit Lücken des Netzes darstellenden Stellen mehr oder minder durchbrochen wird. Das Hornbalkennetz selbst unterscheidet sich nicht wesentlich von dem der Fußsohlenhaut; nur zeigt es unregelmäßiger geformte und meistens engere Maschen, was mit der geringeren Größe der Epithelien, wie sie deren rascheren Abstoßung entspricht, zusammenhängen mag. Eine wesentliche Differenz finde ich aber in dem Umstande, daß an manchen Stellen dieser Schuppen und Krusten der Zelleninhalt der Verdauung einen ziemlich bedeutenden Widerstand entgegensetzt, wenn er auch schließlich, nach drei- bis viertägiger Verdauung, stets vollkommen verdaut wird. Diese verzögerte Verdauung erklärt sich aus der Persistenz des gesamten Zelleninhaltes der Stachelzellen bei den Parakeratosen. Wir haben oben gesehen, daß der Inhalt der normalen Hornzelle sehr viel leichter verdaut wird als der der normalen Stachelzelle. Bei den Parakeratosen bleibt nun an vielen Stellen die normale Nekrobiose des Inhaltes der Stachelzellen bei der Verhornung aus und da letztere einfach vertrocknet, meist unter Erhaltenbleiben des Kernes, so ist er naturgemäß noch etwas schwerer verdaulich als die normale Stachelzelle. Aber auch wo statt der Vertrocknung eine Aufquellung des Zelleninhaltes durch den alkalischen Gewebesaft eintritt, fördert diese Quellung die künstliche Verdauung nicht nur nicht, sondern verzögert sie sogar. Die anscheinend paradoxe Thatsache, daß unvollkommen verhornte Ekzemkrusten schwieriger zu verdauen sind als normale Hornschicht, erklärt sich aus diesen Gründen vollkommen.

Resumiere ich kurz die über den Einfluß der Durchfeuchtung mitgeteilten Thatsachen, so hat die abnorm starke Zufuhr von Gewebesaft zwei grundverschiedene Folgen. Wirkt sie in mäßigem Grade auf die Oberhautzellen während ihrer Verhornung ein, so verhindert sie die normale Nekrobiose des Zelleninhaltes, verhindert die Abscheidung des Keratohyalins und weiter die Bildung des Eleidins und macht den Inhalt der unter diesem als „Parakeratose“ zusammengefaßten Symptomenkomplexe entstehenden, im übrigen regulär verhornten Zellen abnorm schwer verdaulich. Aus dieser Verzögerung der Verdauung des Zelleninhaltes ist aber nicht auf eine totale Verhornung der parakeratotischen Hornzellen zu schließen, denn bei genügend langer Verdauung resultiert auch hier nur das Hornbalkennetz. Wirkt die Durchfeuchtung dagegen lange und intensiv auf die so verhornten Zellen weiter, wie über den

Spitzen der Papillen bei Psoriasis, beim chronischen Ekzem, beim Hauthorn, so degeneriert der Zelleninhalt zu einer homogenen oder körnigen Masse, welche abnorm leicht verdaulich ist und deren Ausfall bei der Verdauung die Lücken in den Hornbalkennetzen erzeugt.

Ich will in Anlehnung an die nun einmal für diese Veränderung gebräuchliche Bezeichnung als Markraumbildung diesen Prozefs: die medulläre Degeneration der Hornzellen nennen. Dieselbe verträgt sich zunächst noch mit einer normalen Randverhornung; bei weiterer Aufquellung aber wird die Randverhornung wieder rückgängig, das Hornbalkennetz feiner und schliefslich teilweise oder ganz resorbiert.

Wenn die Keratome bei der Verdauung nur das Bild normaler oder sogar unternormaler Verhornung zeigen, wenn die Parakeratosen wohl eine verzögerte Verdauung, aber schliefslich auch nur ein normales oder unternormales Keratinnetz aufweisen, so entsteht die berechtigte Frage, ob denn nicht wenigstens in den eigentlichen Hyperkeratosen auch histologisch Zeichen einer abnorm starken Verhornung der einzelnen Zellen aufgefunden werden können. Unser Blick fällt da zunächst auf die Ichthyosis.

In der That giebt die Verdauung der ichthyotischen Schuppen ganz eigentümliche Resultate, die sich als eine abnorm starke Verhornung der einzelnen Zellen deuten lassen. Ich bemerke, dafs mir zur Untersuchung vier frische Fälle zu Gebote standen, zwei leichtere, von denen ich einen der Güte des Herrn Dr. Darier, und zwei schwerere, die ich der Freundlichkeit der Herren Professoren Tommasoli und Mibelli verdanke und dafs alle vier Fälle in Bezug auf die Verdauung der Schuppen dasselbe Resultat ergaben. An feinen Schnitten waren nach zwölfstündiger Verdauung immer nur einzelne Stellen in das Hornbalkennetz verwandelt, die meisten Zellen schienen in toto unverdaut zu sein. An diesem Resultat änderte eine längere, ja 8—14 Tage fortgesetzte Verdauung nichts. Betrachten Sie die verdauten Schnitte von Ichthyosisschuppen, so fällt Ihnen vor allem auf, dafs an den scheinbar nicht verdauten Stellen die Zellen meistens blasig aufgebläht sind, was immer ein Zeichen dafür ist, dafs die Zellen vor der Verdauung nicht angeschnitten waren. Die durchschnittlich 10—15 μ dicken Schnitte enthalten also noch viele ganze Hornzellen oder mit anderen Worten: die Hornzellen bei Ichthyosis sind durchschnittlich abnorm klein, eine Thatsache, die sehr gut mit dem histologischen Befunde stimmt, dafs auch die Zellen der unverhornten Stachelschicht bei Ichthyosis auffallend klein sind. Die anscheinend unvollkommene Verdauung erklärt sich mithin durch die hier unvollkommene Schnittführung. Die Begleitprozesse der normalen Verhornung sind bei der einfachen Ichthyosis nicht zu finden. Die kleinen, eng aneinander liegenden Stachelzellen verhornen in ähnlich einfacher Weise wie die ab-

norm feuchten Stachelzellen bei den Parakeratosen, d. h. die Randzone verhornt, während das Zelleninnere keine wahrnehmbaren Veränderungen aufweist, nur bleibt bei den Parakeratosen der Kern erhalten, während derselbe bei der Ichthyosis verschwindet, — nebenbei ein Beweis, dafs der Zerfall des Kernes nicht notwendig die Bildung von Keratohyalin bedingt. Das Keratohyalin fehlt hier, weil die innere saftige Zone des Protoplasmas, der Hauptort der Keratohyalinbildung, bei den unverhornten Ichthyosiszellen dürftig ausgebildet ist. Dagegen ist die Randzone derselben Zellen normal und überwiegt in denselben; sie sind daher auf eine frühzeitige und intensive Randverhornung angelegt, wozu die mangelhafte Ausbildung des Saftspaltensystemes das Ihrige beitragen mag. So wird es begreiflich, dafs auf eine schmale Stachelschicht bei der Ichthyosis unvermittelt eine sehr dicke Hornschicht folgt, deren Hornbalkennetz nach der Verdauung aus engen Maschen und besonders dicken Hornbalken zusammengesetzt ist.

Dieser kurze Überblick über die Verdauungsresultate der Verhornungsanomalien zeigt, dafs wir mehrere Typen unterscheiden können.

Als ersten Typus möchte ich die einfache Schwiele hinstellen; es ist der Verhornungstypus der normalen Haut. Er zeigt das normale Hornbalkennetz und eine sehr grofse Verdaulichkeit des Zelleninneren. Hierher gehören aufser den Schwielen gewisse hauthornähnliche, aber horizontal geschichtete Riesenschwielen, die trockenen und soliden Partien der wellig geschichteten, eigentlichen Hauthörner, die Schuppen von keratoiden Ekzemen des Handtellers und der Fufssohle, das Keratoma palmare et plantare hereditarium, vor allem aber die Hyperkeratosis congenita universalis. Von dieser seltenen Affektion verdanke ich Schuppen eines sehr schönen Falles der Freundlichkeit von Herrn Dr. Darier. Die Verdauung zeigt, dafs die Schuppen den einfachen Schwielentypus besitzen, wodurch sie in einen prägnanten Gegensatz zu den Ichthyosisschuppen treten. Die Hornsubstanz kann bei diesem Typus durch mechanischen Druck in eine völlig verdauliche Masse verwandelt werden, so beim Clavus.

Einen zweiten Typus repräsentiert die Psoriasis. Hier ist in einem unverdaulichen, engen Hornbalkennetz ein schwer verdauliches Zelleninnere vorhanden. An die Psoriasis schliefsen sich die sämtlichen Ekzeme, die Pityriasis capitis, die Dermatitis exfoliativa maligna an; wahrscheinlich gehören alle Parakeratosen hierher. Oberhalb der Papillen gehen die Hornzellen dieses Typus mit Vorliebe unter starker Aufquellung die medulläre Degeneration ein, wodurch sie abnorm leicht verdaulich werden.

Einen dritten Typus haben wir in der Ichthyosis. Er zeigt ein sehr enges, aus breiten Hornbalken bestehendes Netz, neben einem

mittelschwer verdaulichen Zelleninhalt. Ähnliche Resultate wie die Ichthyosis haben mir bisher ergeben die Komedonen der echten Akne und in gewissem Grade auch die gewöhnlichen harten Warzen, nur dafs bei letzteren Streifen engmaschiger, dickbalkiger Hornnetze mit weitmaschigen, dünnbalkigen abwechseln.

Meine Herren! Diese durch die Verdauungsmethode erzielten Resultate sind offenbar für die Frage nach dem Wesen der Hyperkeratosen wenig befriedigend. Wir sehen, dafs zwischen klinischer Härte der Hornsubstanz und Keratingehalt keine einfache Proportion besteht, dafs im Gegenteil sehr harte Hornmassen vollständig verdaulich sein können. Wir erfahren, dafs die Verdauung der Hornzellen gerade dort verhältnismäfsig schwierig von statten geht, wo in klinischem Sinne gar keine Hyperkeratosen, sondern Parakeratosen vorliegen. Und endlich nehmen wir wahr, dafs, wo es mit Beseitigung der bestehenden Schwierigkeiten bei den echten Hyperkeratosen glückt, das Ende der Verdauung zu erreichen, der Keratinrest so ziemlich dasselbe Bild liefert wie an der normalen Fufssohlenhaut und dafs die vorhandenen Differenzen sich nur in einer verschiedenen Maschenweite und Balkendicke des Hornnetzes aussprechen.

Die naheliegende Idee, dafs im Gegensatz zur normalen Verhornung die Hyperkeratosen uns Zellen zeigen würden, welche total verhornt sind, oder wenigstens im Inneren ein unverdauliches Netz von Hornsubstanz aufzeigen, bestätigt sich nicht; verhornt zeigt sich immer nur die Peripherie der Zelle in höherem und geringerem Grade.

Wie immer, wo Klinik und Histologie sich nicht zur Deckung bringen lassen, mufs auf einer Seite ein Grundfehler vorliegen. Und da der Begriff der Hyperkeratosen der Klinik entstammt und bisher ein rein klinischer war, so kann der Fehler in diesem Falle nur auf seiten der Histologie liegen. In der That erscheinen dem bloßen Auge nur diejenigen Krankheiten als Hyperkeratosen, bei welchen abnorme Hornmassen sich auf der Oberfläche anhäufen, wie die Ichthyosis, die Keratome, die harten Warzen und Muttermäler. Diesen Umstand müssen wir im Auge behalten; so banal er erscheint, so wichtig ist er. Würden wir nämlich die Definition der Hyperkeratosen dem Mikrochemiker überlassen, welcher vom klinischen Anblick der Dermatosen keine Ahnung hat, so würde derselbe zweifellos den Leichdorn aus der Reihe der Keratosen streichen und dagegen sehr geneigt sein, eine Reihe von Parakeratosen wegen erschwerter Verdaulichkeit des Zelleninneren als Hyperkeratosen zu definieren.

Wir sehen hieraus, dafs die klinische Diagnose der Hyperkeratosis ganz allein von einem Symptom, der Aufstapelung von Hornmassen, abhängig gemacht ist, für welche die histologische Basis gar nicht im Keratin-

gehalt der Einzelzelle, sondern lediglich in dem besonders festen Zusammenhalt der Zellen untereinander liegt. Über diesen kann uns aber die Verdauungsmethode, so sicher sie uns über den Keratingehalt der Produkte belehrt, keine Auskunft geben. Hierzu ist eine neue histologische Methode nötig, welche uns den Zusammenhang der Hornzellen untereinander vor Augen führt und uns erkennen läßt, weshalb dieser Zusamenhang bei den zur Aufstapelung von Hornmassen führender Hyperkeratosen über die Norm vermehrt ist. Der Zusammenhang der Hornzellen beruht nun bekanntlich nicht, wie bei den Endothelien, auf der Einschiebung einer fremden Kittsubstanz, sondern auf dem Vorhandensein freier isolierter Verbindungsbrücken wie bei den unverhornten Stachelzellen. Nur sind diese bei den Hornzellen, wie wir das schon seit 20 Jahren wissen, auf ganz kurze punktförmige Zellbrücken reduziert; es gehört diese Reduktion des Stachelpanzers zu den notwendigen Attributen der Verhornung. Dieser reduzierte Stachelpanzer erscheint an den isolierten Hornzellen als ein eigentümliches und bei verschiedenen Zellen verschieden ausgebildetes Relief. An den Veränderungen dieses Oberflächenreliefs der Hornzellen haben wir mithin die pathologischen Veränderungen des Zusammenhaltes der Zellen bei den Hyperkeratosen zu studieren.

Diese Überlegung veranlaßte mich, einem jüngeren Kollegen, Herrn Dr. Rausch, die Aufgabe zu stellen, das Relief der Hornzellen erst einmal unter normalen Verhältnissen zu erforschen, und die Präparate, welche ich Ihnen hier vorlege und welche von Herrn Dr. Rausch angefertigt sind, geben Ihnen zunächst einen Begriff des normalen Reliefs. Sie sehen daß die normalen Hornzellen der Fußsohle bei geeigneter Färbung ein dreifaches Bild zeigen. Einige Zellen sind ganz glatt, andere zeigen ein sehr dichtes feinpunktiertes, wie guillochiertes Relief von rotvioletter Farbe und eine dritte Kategorie besitzt ein gröberes, weitläufig verteiltes Punktrelief von blauer Farbe. Sodann bemerken Sie, daß Stärke und Farbe des Reliefs nicht an die Grenzen der einzelnen Zellen gebunden sind, sondern sich von einer Zelle auf die benachbarte ein Stück hinübererstrecken. So zeigen viele blaue Zellen violette Flecke mit anderem Relief, und beim Studium der Zellenkomplexe merkt man, daß es sich bei diesen Flecken um die Fazetten handelt, mit welchen Zellen verschiedenen Reliefs und verschiedener Färbung zusammenstoßen; eine violette Zelle erzeugt gleichsam auf einer benachbarten blauen Zelle an der Berührungsstelle einen violetten Abklatsch.[4]

[4] Näher kann ich an dieser Stelle auf die Details dieser neuen und sehr interessanten Befunde nicht eingehen. Man wolle die demnächst in dieser Zeitschrift erscheinende Arbeit von Herrn Dr. Rausch darüber vergleichen. Ebenso wird man dort die eigentümlichen, tinktoriellen Differenzen der Hornzellen geschildert und besprochen finden.

Bei so charakteristischen Bildern, welche die Verbindungspunkte der normalen Hornzellen liefern, sollte es leicht sein, die Abweichungen zu erkennen, welche bei den Hyperkeratosen vorkommen müssen und uns über deren Wesen Aufschluſs zu geben haben. Dieser Untersuchung stellte sich jedoch zunächst ein unerwartetes, wenn auch sehr erklärliches Hindernis entgegen, da die vielen, für die normale Hornschicht und die Parakeratosen sehr geeigneten Macerationsmittel ihren Dienst gerade bei den Hornprodukten der Hyperkeratosen versagten und die gröſsere mechanische Gewalt, welche die Isolierung der Hornzellen hier beanspruchte, die feinen Bilder des Reliefs häufig bis zur Unkenntlichkeit entstellte. Endlich gelang es Herrn Dr. RAUSCH, in der prolongierten Maceration mit neutraler Wasserstoffsuperoxydlösung ein gutes Mittel zur Isolierung der Hornzellen bei den Hyperkeratosen zu finden.

Als Beispiel lege ich Ihnen hier Präparate der Reliefbilder von zwei der wichtigsten Hyperkeratosen vor, der Ichthyosis und der Hyperkeratosis universalis congenita. Sie sehen, daſs bei beiden das Relief ganz besonders fein und auſserdem auffallend gleichmäſsig über die Zellen ausgebreitet ist. Soviel steht also schon nach diesen wenigen Erfahrungen fest, daſs bei den Hyperkeratosen die Verbindungsbrücken nicht etwa besonders stark und voluminös sind; sie sind im Gegenteil feiner als bei normalen Hornzellen, dafür aber um so zahlreicher. Dieser Befund erklärt sich aber auch unschwer aus der dichten und lückenlosen Aneinanderlagerung der Stachelzellen bei diesen Verhornungsanomalien und der Enge der Saftspalten der Stachelschicht, und er macht seinerseits wieder auf sehr einfache Weise den festeren Zusammenhalt der Hornzellen bei diesen Affektionen begreiflich. Wenn die weitere Forschung ergeben sollte, daſs bei allen durch Aufstapelung von Hornsubstanz ausgezeichneten Hyperkeratosen in gleicher Weise ein abnorm feines und dichtes Oberflächenrelief vorliegt wie hier, so wäre das Wesen der Hyperkeratosen allerdings auf eine sehr einfache Weise erklärt.

---

[5] Im übrigen sind die Reliefbilder beider Affektionen genügend verschieden; die Zellen der Ichthyosis besitzen ein Punktrelief und starke Vielfarbigkeit, die der Hyperkeratosis congenita universalis sind fast einfarbig violett und durch ein Leistenrelief mit Aussparung feiner, kreisförmiger Lücken ausgezeichnet.

Aus der Praxis.

Über einen Fall von abnorm später Entwickelung der Blennorrhoe.

Von

Dr. Albrecht Freiherr von Notthafft.

Assistenzarzt am Krankenhaus l. J. in München.

Im folgenden möchte ich mit einigen Worten über einen Fall von Blennorrhoe berichten, welcher nach mehreren Richtungen hin Interesse bietet.

Ein junger Arzt von 27 Jahren, geschlechtlich bisher nicht infiziert, versuchte es, die bekannte baktericide Wirkung des Formols zum Versuche der Koupierung des Trippers zu verwenden. Da ihm aus naheliegenden Gründen es unmöglich und auch von ihm nicht beabsichtigt war, Leute zu suchen, an welchen er seine Versuche hätte ausführen können, so unternahm er dieselben an sich selbst.

Er impfte sich am 13. Dezember 1895 Trippersekret, welches er frisch aus der Urethra eines seiner mit akuter Blennorrhoe behafteten Patienten entnommen hatte, in die eigene Harnröhre ein. Nachdem bis zum 23. Dezember keine Reaktion von seiten der Harnröhre erfolgt war, keine subjektiven Empfindungen, geschweige irgendwelche Sekretionen, nahm der Arzt an, dafs die Impfung überhaupt erfolglos bleiben werde, und reiste, ohne sich weiter mit dem Rüstzeug zu einer Tripperbehandlung zu versehen, in eine eine Tagereise entfernte Provinzialstadt, um dort bei Verwandten die Weihnachtstage zuzubringen. Am 25. Dezember spürte er das erste Mal ein ganz leichtes Brennen in der Harnröhre, in den folgenden Tagen steigerte sich dasselbe ganz allmählich, trat am stärksten beim Urinlassen hervor, bis endlich am 1. Januar 1896 plötzlich, ohne dafs eine seröse Sekretion vorher bemerkt worden war, der bekannte rahmige Eiter der Blennorrhoe aus der Harnröhre zu träufeln begann. Sogleich wurde mit Injektionen von Zincum sulfocarbolicum, jedoch nur mit dem zweifelhaften Erfolge einer sekundären Prostatitis und Cystitis begonnen, welche den Patienten bis Ende Februar an's Bett fesselten; gewifs ein schweres Opfer für eine doch sehr zweifelhafte wissenschaftliche Leistung!

Ich hebe zunächst hervor, dafs ich für die Glaubwürdigkeit der Angaben des Patienten unbedingt einstehen kann. Es ist durchaus ausgeschlossen, dafs derselbe sich gelegentlich eines etwa ungefähr Ende Dezember erfolgten Coitus infiziert hätte. Grund für die späte Behand-

ung der Blennorrhoe trotz des konstanten, fast eine Woche dauernden verdächtigen Brennens in der Urethra, war einerseits die Reise des Patienten, andererseits schob derselbe das Brennen auf andere Ursachen zurück; er war zu fest überzeugt, dafs eine Blennorrhoe 8 Tage nach dem Coitus, bezw. nach der Infektion die ersten Erscheinungen gemacht haben müsse. Die schweren Komplikationen waren wohl vor allem die Folge dessen, dafs Patient sich in seinem Berufe keine Ruhe gönnen konnte; andererseits aber sich scheute, zu Hause zu bleiben; denn da er unklugerweise zu niemand von seinen Infektionsversuchen gesprochen hatte, so mufste er fürchten, dafs jetzt auf ihn der Spruch angewendet würde: Omnis lueticus mendax.

Die Infektion erfolgte nicht mit einer schwachen Kultur, sondern mit dem natürlich höchst virulenten Eiter einer akuten Blennorrhoe, also unter Einbringung von viel mehr Giftstoff in die Harnröhre, als dies unter normalen Verhältnissen beim Coitus vermutlich geschieht. Die Entwickelung des Trippers war durch keine prophylaktische oder therapeutische Mafsregel aufgehalten, also die Virulenz der Gonokokken auch sicher nicht geschwächt worden. Und trotzdem traten die ersten subjektiven Empfindungen erst 12 Tage nach geschehener Infektion, die erste Sekretion 19 Tage nach der Infektion auf. Wenn ich noch hinzufüge, dafs die Erscheinungen in der vorderen Harnröhre etwa am 1.—5. Januar am stärksten, der Tripper also auf seiner Acme war, so ergiebt sich für das Inkubationsstadium dieses Falles von Blennorrhoe eine Dauer von 12 Tagen, eine abnorm grofse Zeitdauer, welche, soweit mir bekannt ist, bisher noch von niemand sicher beobachtet worden ist. Sagt doch Lesser: „In ausnahmsweisen Fällen hat man das Inkubationsstadium sich auf 6 und 7 Tage ausdehnen sehen; doch dürfte dies die äufserste Grenze sein.“ Und während sonst schon am Ende der ersten Krankheitswoche der Tripper seine Höhe zu erreichen pflegt, dauerte es hier auch wieder 11—12 Tage. Ob das Stadium mucosum sich wirklich nur in subjektiven Empfindungen äufserte, oder ob die Sekretion der serösen Flüssigkeit nur infolge der Sorglosigkeit des Patienten nicht bemerkt worden ist, kann ich nicht entscheiden. Der Gonokokkennachweis war bei beiden Patienten positiv ausgefallen Ich wiederhole noch einmal, dafs ein Betrug von Seiten des Patienten vollständig ausgeschlossen ist.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 3. November 1896.

Originalbericht von L. Hoffmann.

Herr Lassar eröffnet die Sitzung nach den Ferien mit Worten der Trauer über den plötzlichen Heimgang des seit der Begründung der Gesellschaft unermüdlich thätigen Vorsitzenden, Georg Lewin.

1. Herr Plonski: **Urticaria pigmentosa** mit Krankenvorstellung.

Das Krankheitsbild der Urticaria pigmentosa gehört zu den merkwürdigsten Krankheitsformen, nicht allein wegen seiner Ätiologie, sondern auch wegen der Seltenheit des Vorkommens. Es können manchmal Jahre vergehen, ohne dafs selbst ein beschäftigter Dermatologe einen Fall zu Gesicht bekommt. Beschrieben wurde die Urtic. pigm. im Jahre 1869 zuerst von Nettelschiep, im Jahre 1877 hat ihr ein Engländer erst den Namen beigelegt. Nach dieser Zeit mehrten sich die Fälle, so dafs jetzt vielleicht einige 60 Fälle in der Litteratur verzeichnet sind. In frühester Jugend, meist schon nach der Geburt, treten Bläschen und Quaddeln auf, die kurze Zeit persistieren und dann unter Pigmentveränderung wieder schwinden. In langen Intervallen treten dann neue Schübe auf, doch sind auch Fälle bekannt, wo die Krankheit nicht in der Jugend, sondern in späteren Jahren zuerst auftrat. Untersucht man ein exstirpiertes Stückchen einer solchen Haut, so findet man das Pigment im Rete Malpighii, einiges auch in der Cutis; ferner findet man eine kleinzellige Infiltration im Verlauf der Gefäfse, verbunden mit Mastzellen, worauf Unna besonders aufmerksam gemacht hat und worauf er die Diagnose stützt. Das Wesentliche der Krankheit besteht in einem Spasmus der Gefäfse. Es giebt aber auch Fälle von gewöhnlicher Urticaria mit Pigmentbildung.

P. stellt nun drei Kinder vor, von denen zwei schon in dem ersten Lebensjahre, das dritte aber erst im fünften Lebensjahre von der Krankheit befallen ist.

2. Herr Mankiewitz: **Kleine urologische Demonstrationen.**

Der im Jahre 1872 von Le Fort inaugurierte Gebrauch von Leitbougies (Bougie conductrice) zur Einführung von Metallinstrumenten in die Blase und zur Erweiterung von Strikturen der Harnröhre, welcher eine weitere Ausnutzung des von Maisonneuve 1855 angegebenen Instruments durch Verbindung der Leitsondenwirkung mit der Dilatation war, ist trotz der genauen Mitteilungen Janicots 1877 und der Empfehlung Posners 1886 in Deutschland noch nicht genügend bekannt. M. will daher zur Ausgestaltung der Methode näheres mitteilen. Er hat sich erstens einen Le Fort als Katheter arbeiten lassen — dies ist auch von anderer Seite geschehen (J. Israel, Schilling), doch ist das Instrument nirgends zu erhalten gewesen, — um Strikturkranke leichter katheterisieren zu können; ferner hat er den Le Fort in Benicquéform als Katheter arbeiten lassen; da das ursprüngliche Le Fortsche Instrument eine ganz falsche Krümmung hat, hat ihm diese Benicquéform mehrfach besonders gute Dienste geleistet.

Von der inneren Urethrotomie ist Vortragender ganz abgekommen und hat er dieselbe niemals mehr ausgeführt, seitdem er die Strikturkranken folgendermafsen behandelt: Er legt eine mit Gewinde versehene Bougie zweimal 24 Stunden in die

verengerte Harnröhre, schraubt dann einen 40 cm langen dünnen Metallstab an und schiebt über diesen und die Bougie einen Katheter à bout coupé No. 18—20 mit möglichst weiter Lichtung direkt in die Blase; mit dem Metallstab wird die Bougie entfernt, der Katheter bleibt 24 Stunden liegen und er erreicht in dreimal 24 Stunden eine Weite der verengerten Harnröhre von 20 Fil. Char. Das Verfahren ist nur bei blennorrhoischen Strikturen anwendbar. Bei der Urethrotomia externa macht oft das Durchziehen des peripheren Teiles des Katheters, dessen Kopf vom Damm aus in die Blase geführt ist, von der Dammwunde durch die Harnröhre nach dem Meatus externus Schwierigkeiten. Vorliegendes Instrument behebt dieselben. Das periphere Ende des Katheters ist mit einem Gewinde versehen, welches zu einer an einer Bougie befindlichen Mutter paſst, die Bougie wird vom Meatus externus nach der Dammwunde vorgeschoben, ihr Kopf abgeschraubt, die Mutter dem Gewinde des Katheters eingefügt und der Katheter durch die Harnröhre nach dem Meatus externus vermittelst der Bougie vorgezogen.

Herr Mankiewitz zeigt alsdann ein mikroskopisches Präparat eines **Fibrosarcoms des Samenstranges**, welches er im Juli 1896 unter Schleichscher Lokalanästhesie entfernt hat; kirschen- bis pflaumengroſs saſs es 1½ cm vom Leistenringen dem linken Samenstrang auf, so hart, daſs M. an ein Enchondrom glaubte. Der Patient hat bisher kein Recidiv. Der Tumor ging von der Gefäſsscheide aus.

3. Herr Richter: **Über Haarfarbe und Haarfärbung**, mit Krankenvorstellung.

Die heute gebräuchlichen Haarfärbemittel enthalten als Grundlage meistens ein Metall. Häufig verwendet werden Eisen, Mangan, Wermuth, Kupfer Blei und Silber. Die Anwendung von Kupfer und Blei ist wegen ihrer Giftigkeit gefährlich; die bleihaltigen Mittel sind im allgemeinen nicht dauerhaft, wohl aber die kupferhaltigen. Am dauerhaftesten ist das Silber, daſs in der Form einer 2%igen Höllensteinlösung angewendet wird. Solches ist an sich unschädlich und übt auch keinen zerstörenden Einfluſs auf das Haar aus; aber es wird, wie die anderen metallischen Mittel, gleichzeitig mit einem Reduktionsmittel verwendet, nämlich mit Pyrogallussäure, welche bei empfindlichen Patienten sehr unangenehme Hautausschläge verursachen kann, ja es sind Todesfälle darnach bekannt. Von diesen Haarfärbemitteln muſs daher Abstand genommen werden. Nun besitzen wir eine ganze Anzahl organischer Mittel, die unschädlich und zum Teil haltbar sind, so vor allen der Wallnuſssaft. Der frisch ausgepreſste Saft unreifer Wallnuſsschalen enthält ein haltbares und an sich unschädliches Mittel; das darin enthaltene Juglandin, das stark giftig ist, kommt wegen seiner geringen Menge, nicht in Betracht. Aber der Stoff ist schwer herzustellen. Eine unschädliche, aber weniger haltbare Farbe, wird unter dem Namen Kohol in den Handel gebracht, dieselbe ist nichts anderes als chinesiche Tusche in Gummi arabicum suspendiert. Statt der teuren chinesischen Tusche wird auch zuweilen Lampenruſs benutzt. Ein weiteres Mittel ist die von Dr. E. Polack aus Persien eingeführte Benutzung von Henna und Reny. Henna, die pulverisierten Blätter von Lawsonia inermis färbt rot, Reny ist Indigo und färbt bekanntlich blau. Die Einzelwirkung dieser Substanzen konnte man an den weiblichen Einwohnern der Spezialausstellung Kairo beobachten, deren Finger rot gefärbt waren. Die Farben erwiesen sich als echt. Die Anwendung derselben ist ziemlich kompliziert. Seit dem Jahre 1889 besitzt der Chemiker Dr. Ernst Erdmann in Halle ein Patent über ein Verfahren zum Färben von Haaren und Federn durch Behandlung verschiedener Stoffe (Diamine), von denen für uns nur eins, das p-Phenylendiamin in Frage kommt, und nachfolgender Oxydation mit verschiedenenen Mitteln, unter anderen Wasserstoffsuperoxyd. Das p-Phenylendiamin mit gleichzeitiger Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd in drei Volumen prozentiger Lösung wurde zum Färben des lebenden Menschenhaares benutzt. Beide Stoffe,

wasserklare Lösungen, die unmittelbar vor dem Gebrauche vermischt auf das Haar aufgetragen werden, ergeben in kurzer Zeit durch Oxydation je nach ihrer Konzentration hell- bis dunkelbraune, bei mehrmaliger Anwendung bis tiefschwarze Farben; aber die Benutzung dieses Mittels ist nicht fehlerfrei. Es zeigten sich nämlich zuweilen sehr ausgedehnte Hautentzündungen, die allerdings nach Aussetzen des Mittels unter entsprechender Behandlung bald heilten. Infolgedessen wurde die Anwendung dieses Mittels für Deutschland vom Patentinhaber untersagt. In Frankreich wird das Mittel noch heute viel angewendet. Auch dort sind dieselben Ekzeme von Cathélineau in der französischen Gesellschaft für Dermatologie am 10. Januar 1895 demonstriert und von Fournier und Feulard bestätigt worden. Ebenso wird das Mittel noch in Österreich viel verwendet, neuerdings wird dasselbe unter dem Titel „chinesische Haarfarbe Fo“ von Robert Fischer in Wien verkauft. Bei der Fortsetzung der Versuche ist es dem Patentinhaber gelungen, eine Zusammensetzung zu finden, die allen berechtigten Ansprüchen genügt und dabei vollständig unschädlich ist. Das unter dem Namen Aureol von Schwarzlose Söhne in den Handel gebrachte Präparat enthält 1% Metol, 0,3% Amidophenolchlorhydrat und 0,6% Monoamidodiphenylamin, aufgelöst in 50% Spiritus, dem 1—2% Natrium sulfurosum zugesetzt sind, um die darin enthaltenen Stoffe in Lösung zu halten. Die beiden ersten Stoffe färben jeder allein hellblond bis dunkelrotbraun, der letztgenannte Stoff giebt graulichе Färbung. Man färbt nach folgender Vorschrift: Man wäscht das Haar zuerst mit warmer Soda- oder Seifenlösung, um etwa anhaftendes Fett, Schweifs etc. zu entfernen; dann mischt man gleiche Teile der Farbstofflösung und des Wasserstoffsuperoxyd, bringt die Mischung mittelst eines nur für diesen Zweck gebrauchten Pinsels auf einen engen Kamm und durchkämmt damit das noch feuchte Haar bis dasselbe von der Flüssigkeit vollständig und gleichmäfsig durchtränkt ist. Nach Verlauf von 2—3 Stunden ist das Haar dunkelbraun gefärbt und die Farbe kann auch durch Waschen mit Soda- oder Seifenlösung nicht entfernt werden. Wünscht man tiefschwarzes Haar, so ist die Färbung zu wiederholen. Um hellere Nuancen hervorzurufen, ist eine andere Lösung im Handel, welche gleiche Teile der Normallösung und 50% Alkohol enthält, dem wieder 1—2% Natrium sulfurosum zugesetzt sind. Färbt man damit in der angegebenen Weise, so erhält man blonde Farbe; wünscht man hellbraun, so mufs die Färbung wiederholt werden. Die Farbe hält sich mehrere Monate, aber da das ungefärbte Haar nachwächst, so mufs nach ungefähr vier Wochen die Färbung wiederholt werden. Die Farbe ist vollständig unschädlich, wie Versuche von Erdmann an Kaninchen ergeben haben. Richter hat einem an Ekzem leidenden Kranken die Lösung aufgepinselt, ohne eine Verzögerung der Heilung zu erhalten. Die Farbe ist, wie es bei der chemischen Zusammensetzung erklärlich ist, sehr leicht zersetzlich, aber nur in unzersetztem Zustande echt färbend. Die Mischung wird deshalb in kleinen Flaschen, die zu einer Färbung ausreichen, gleichzeitig mit der nötigen Menge Wasserstoffsuperoxyd für eine Mark verkauft. Das Aureol ist daher ein unschädliches und brauchbares Haarfärbemittel.

4. Herr Schreiber: **Lues tarda**, mit Krankenvorstellung.

Das klare und ausgesprochene Bild der Lues tarda ist nicht häufig, teils weil die Patienten zu Grunde gehen, teils weil sie geheilt werden; deshalb erlaubt sich S. einen sehr krassen Fall von Lues tarda vorzustellen. Der 28jährige Patient, die Eltern sollen angeblich völlig gesund sein, fünf Geschwister sind im frühesten Lebensjahre gestorben, ein Bruder lebt, bekam im siebenten Lebensjahre eine Augenentzündung, der dann Auftreibungen der Knochen der Unterschenkel und Unterarme mit Ulcerationen folgten. Im 15. Lebensjahre zeigten sich neue Nachschübe von Exostosen, so an der Stirn. Patient ist nie spezifisch behandelt worden, befindet

sich seit drei Wochen in der Klinik von Lassar zur Behandlung. Bei der Untersuchung zeigen sich ausgebreitete Ulcerationen an den Unterschenkeln, Unterarmen und an der Stirn; überall bestehen an diesen Teilen Exostosen. Die Hutchinsonsche Trias fehlt, ebenso auch die Silexsche Trias. Die Entwickelung des Genitalapparats ist normal. Die Diagnose: „Lues" ist nicht zweifelhaft und beschreibt Fournier einen analogen Fall. Schon aus den Narben könnte man die Diagnose stellen. Es entsteht nur die Frage, ob es sich nicht um eine in früher Jugend acquirierte Lues handelt, doch spricht der Umstand dagegen, dafs die Eltern nie einen Primäraffekt wahrgenommen haben; aufserdem spricht die Polyletalität der Geschwister für Lues der Eltern.

5. Herr Mayer: Demonstration einer **aseptischen Injektionsspritze.**

Die Injektionen sind bis jetzt nicht ganz aseptisch gewesen, da die Spritzen nie aseptisch gemacht werden konnten. Dr. Gustav Beck in Bern hat nun eine Spritze entdeckt, an der alle Teile aseptisch gemacht werden können, welche M. demonstriert.

Aufserdem zeigt Herr Mayer: **Piedrapräparate** unter dem Mikroskop. Man kann dabei konstatieren, dafs zu einer Verdickung des Haares ein Verfilzen der Haare sich gesellt; niemals besteht dabei eine Veränderung des Haarbodens. Man sieht unter dem Mikroskop, dafs das Haar von cylindrichen Hüllen umgeben ist, die aus Pilzen bestehen. Jene Scheide besteht also nur aus einer Menge von Hunderten von Pilzen, das Haar bleibt aber dabei intakt. Die Pilze sind von Behrend und von Unna zuerst studiert, es sind Fadenpilze, ähnlich dem Mikrosporon furfur. Beide haben die Pilze gezüchtet und auch M. hat es versucht.

6. Herr Ledermann stellt zuerst ein 8jähriges Kind mit einer **primären Initialsklerose am Zahnfleisch** vor; der Vater hat Ulcerationen an der Zunge. Das Geschwür hat halbmondförmige Form, hohen Wall und speckigen Grund.

Der zweite Fall, den Ledermann vorstellt, ist ein typischer Fall von **Pemphigus vulgaris** chronicus. Patient ist Schlosser und hat bis vor einigen Wochen gearbeitet. Der Prozefs ist fieberlos verlaufen. Auf dem ganzen Körper, besonders aber an der Innenfläche der Ober- und Unterschenkel, ferner an der Vorderfläche des Bauches und der Brust mehr als an der Hinterseite, ja selbst am Kopf zeigen sich zeitweise Pemphigusblasen, die aufgestochen mit Tumenoltinktur bepinselt wurden, wonach sie sehr schnell eintrockneten. Aufserdem erhielt Patient Bäder und innerlich Arsen.

Der dritte Fall betrifft eine Patientin mit **Lichen ruber planus et verrucosus** in der Unterbauchgegend. Die Efflorescenzen verlaufen längs der Langerschen Linien der Haut. Ebensolche finden sich auch an den Unterschenkeln.

Darauf hält Herr Heller einen Nekrolog auf G. Lewin.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. November 1896.

(Original-Bericht von Louis Wickham-Paris.)

Die Herren Du Castel, Fournier und Darier stellen je einen Fall von **ausgedehnter Ulceration des Penis** vor. Der Fall von Du Castel sieht auf den ersten Blick aus wie ein spezifisches Gumma. In Anbetracht der bedeutenden Härte der Läsion hatte man auch an ein Epitheliom gedacht. Es handelt sich nämlich um ein sehr ausgebreitetes Geschwür, das tief in die Gewebe eingreift, mit einer gelblichen Masse ausgefüllt ist und die ganze Glans sowie einen Teil der Corpora cavernosa ergriffen hat. Der Patient wurde in England mehrere Monate erfolglos mit Quecksilber

und Jodkalium behandelt. Die Ränder des Geschwürs sind knorpelhart. Einige Centimeter oberhalb der Glans, in der Nähe der Peniswurzel, befindet sich eine andere, ebenfalls sehr harte Bildung, in deren Umgebung die Haut unverändert ist. Trotz einer gewissen Ähnlichkeit mit dem Epitheliom, kann man doch ein solches mit Wahrscheinlichkeit ausschliefsen in Anbetracht der grofsen Regelmäfsigkeit des Geschwürsrandes auf einer grofsen Ausdehnung und des Fehlens von epitheliomatösen Granulationen; auch ist der Geschwürsgrund nicht von unregelmäfsigen, leicht blutenden Granulationen überzogen. Gestützt auf diesen Befund betrachtet Vortragender den Fall als einen gangränösen Prozefs von unbestimmter Natur. Der Fall von Herrn Fournier zeigt bei der ersten Untersuchung grofse Ähnlichkeit mit einem syphilitischen oder auch mit einem gewöhnlichen Schanker. Syphilis liefs sich aber nicht eruieren und andererseits blieben Impfversuche resultatlos. Gestützt auf die Aussagen des Patienten über den entzündlichen Beginn der Affektion schliefst Vortragender auf eine spontane Gangrän des Penis durch parasitäre Einwirkung aber mit unbekanntem Ausgangspunkte. Eine Infektion von der Urethra aus oder per vaginam wurde ausgeschlossen. Vielleicht handelt es sich um einen follikulären Ursprung der Affektion, indem der Patient am Oberschenkel verschiedene vereiterte Follikulitiden zeigte. Der Fall von Herrn Darier ist ein Ekthyma terebrans des Penis. Die Herren Du Castel und Darier glaubten zuerst, dafs es sich um weiche Schanker handle; die gemachten Inokulationen fielen aber negativ aus. Nach Herrn Darier beobachtet man am Penis nnd auf der Glans eitrige Erosionen, welche ganz wie weiche Schanker aussehen können, sich aber nicht übertragen lassen und leicht durch einfache Verbände heilen. Es sind dies höchst wahrscheinlich durch Eiterkokken hervorgebrachte Läsionen, mit anderen Worten Fälle von Impetigo oder Ekthyma terebrans mit ungewöhnlicher Lokalisation.

Akanthosis nigricans. Je ein Fall von den Herren Tenneson und Du Castel vorgestellt. Diese noch wenig bekannte Affektion besteht in einer papillären und Pigmentdystrophie der Haut und zeichnet sich namentlich durch vier Eigenschaften aus: 1. papilläre Dystrophie, 2. Pigmentation, 3. Fehlen von Desquamation, 4. Dystrophie der Nägel und Haare. Das Interessanteste liegt aber in dem sehr häufigen, gleichzeitigen Bestehen einer Carcinomatose des Abdomens. Auch in dem vorliegenden Fall handelt es sich um einen Leberkrebs. Der Patient zeigt grofse Ähnlichkeit mit der Addisonschen Krankheit. An der sehr lebhaften Diskussion beteiligen sich:

H. Darier: Die Affektion des von Herrn Tenneson vorgestellten Patienten ist mit Pruritus verbunden, was bisher nie beobachtet worden ist; vielleicht liegt der Grund hiervon in dem Umstande, dafs das Carcinom in der Leber lokalisiert ist.

Herr Brocq weist auf die Analogie zwischen einzelnen Erscheinungen dieser Läsionen und gewissen Hautveränderungen bei Arsenikvergiftung; so habe er bei einer 38jährigen Patientin gleichzeitig eine Pigmentation und Papillomatose der Inguinalgegend und der Achselhöhlen beobachtet, deren Ursache nicht ausfindig gemacht werden konnte. Er hatte zuerst an die Möglichkeit einer Akanthosis gedacht, doch fand er nichts von maligner Neubildung. Die Patientin genas übrigens vollständig.

Herr Jacquet hat einen unzweifelhaften Fall von Akanthosis bei einem 18jährigen Burschen beobachtet, ohne die geringste Störung im Intestinaltraktus zu finden.

Herr Tenneson ist überzeugt, dafs direkte Beziehungen zwischen Akanthosis und Carcinomatose bestehen, über deren Wesen wir leider nichts wissen.

Herr Darier entwickelt eine Theorie, welche einerseits ein Vorkommen von Akanthosis ohne Carcinom und andererseits den Ausgang der ersteren in einer Addisonschen Krankheit erklären soll: Nach Darier wäre die Akanthose die Folge einer Wirkung des Sympathicus, welcher durch die Nachbarschaft einer Neubildung oder

eines Tumors irgend welcher Art beeinflufst und zu den Erscheinungen auf der Haut Anlafs geben würde.

Herr Jacquet pflichtet dieser Ansicht bei. Sein Fall hatte kongenitale Mifsbildungen aufgewiesen und von diesem könnten gewifs einige durch ihre abdominale Lokalisation den Sympathicus beeinflufst haben.

Die Herren Gaucherat und Gaston stellen Fälle von **Duhring**scher **Krankheit** vor, bei denen verschiedene Erscheinungen sehr für das Bestehen einer nervösen Affektion als Ursache der Krankheit sprechen.

Herr Darier stellt einen Fall von **syphilitischer Arthropathie** und einen solchen von **prämykosischer Erythrodermie** vor.

Herr Du Castel zeigt ein 6 Monate altes Kind mit **Heredosyphilis** und einer Gruppe von Erosionen an den Oberschenkeln, über deren Natur er sich nicht auszusprechen wagt, da bekanntlich bei den Kindern ganz indifferente Erosionen das Aussehen syphilitischer Läsionen bieten können. Es kann sich also hier sowohl um syphilisähnliche Erosionen als um erosive Syphilide handeln.

Herr Feulard meint, dafs in solchen Fällen eine definitive Entscheidung nicht zu treffen sei.

Die Herren Fournier und Jacquet meinen, dafs es sich gewifs um Hautsyphilide handle und ersterer stützt sich dabei auf das Bestehen der Heredosyphilis und auf die harte Beschaffenheit des infiltrierten Grundes der Läsionen.

Herr Besnier will sich nicht aussprechen, da er Fälle gesehen, wo es sich scheinbar unzweifelhaft um Syphilis handelte und doch keine solche, sondern nur syphiloide Erscheinungen vorlagen. Herr Besnier meint übrigens, dafs Patienten mit deutlich ausgesprochener Heredosyphilis, so dafs sie von einer spezifischen Infektion gesichert sind, später niemals sekundär syphilitische Läsionen aufweisen.

Herr Fournier glaubt nicht, dafs bedeutende heredosyphilitische Läsionen (Hydrocephalie etc.) das Vorhandensein sekundärer Syphilide ausschliefst. Die Veränderungen an den Zähnen und Knochen bei der Heredosyphilis betrachtet er keineswegs als syphilitischer Natur; es handelt sich dabei vielmehr um parasyphilitische Erscheinungen (Entwickelungsanomalien, Degenerationszustände etc.). Sie rühren von syphilitischen Erscheinungen her, sind aber selbst nicht syphilitisch.

Herr Wickham erinnert an einen Fall aus der Abteilung von Prof. Fournier, welcher zur Unterstützung der letzteren Ansicht dienen kann. Ein Mädchen hatte äufserst typische, hereditär-syphilitische Zahnläsionen gezeigt, als sich mehrere Monate nach ihrem Spitalaustritte an der Vulva zwei Erosionen bildeten, die als spezifische Schanker erkannt wurden. Wieder einen Monat später stellten sich eine Roseola, Plaques muqueuses und eine Reihe schwerer Erscheinungen ein. Wir haben also hier einen Fall von syphilitischer Infektion bei einem Individium mit heredosyphilitischen Zahnveränderungen.

Herr Thibierge zeigt einen Fall von **Naevus acneiformis** in Streifen und Plaques, welcher genau übereinstimmt mit dem von Selhorst-Haag am Londoner Kongrefs (August 96) vorgestellten.

Herr Thibierge stellt einen Fall von **Urticaria pigmentosa** vor.

Herr Gaucher zeigt ein mit Aceton bereitetes **Kollodiumpräparat**, welches zu vergleichen ist mit dem von Schiff am Londoner Kongresse vorgestellten. Es enthält $^1/_3$ Oleum cadini und $^2/_3$ Acetonkollodium. Das Präparat hat sich bei Psoriasis als sehr nützlich erwiesen, indem es die Kleider nicht beschmutzt, geruchlos ist und doch den Teer in seiner Wirkung nicht im geringsten beeinträchtigt. Es ersetzt

aufserdem das Chrysarobintraumaticin sehr vorteilhaft, indem es die Gefahren desselben nicht in sich schliefst, die Wäsche nicht verunreinigt und dabei ebenso kräftig wirkt.

Die Herren HALLOPEAU und BUREAU: Zweite Mitteilung über einen **typischen Fall von Lichen scrophulosorum.** Die Inokulation eines gröfseren Hautfragmentes mit einer Affektion in die Bauchhöhle hatte ein negatives Resultat zur Folge; dasselbe ist bis jetzt immer geschehen, so dafs man annehmen kann, dafs diese Dermatose nicht durch direkte Einwirkung von Bacillen entsteht, die in die Haarbalgdrüsen eingewandert wären, sondern durch Toxine aus abgelegeneren Regionen.

Die Herren HALLOPEAU und BUREAU: Über **Mykosis fungoides.** Bei einer vorgestellten Patientin sind nachträglich aufgetreten: erythematöse und ödematöse Schübe, ausgedehnte Gangrän eines voluminösen Tumors, bullöse und eiterige Eruptionen, eine Endo-Perikarditis. Als nächstliegende Ursache dieser Komplikationen (mit Ausnahme der Gangrän) sind zu betrachten, die im Blute zirkulierenden und aus den Mykoseherden entstandenen Toxine, besonders aus dem gangränösen Herde. Die eiterige Veränderung des Blaseninhaltes ist auf die Wirkung gewöhnlicher Eitererreger zurückzuführen.

Die Herren HALLOPEAU und BUREAU: Über einen **neuen Fall von sogenannter Folliklis und ihre eventuellen Beziehungen zur Tuberkulose.** Klinisch zeichnet sich diese Affektion aus durch das Auftreten, in der Tiefe der Cutis, von kleinen Knötchen, welche bald über das Hautniveau emporragen, an ihrer Spitze ein Bläschen tragen, das rasch platzt und durch eine zentrale Umbilikation ersetzt wird. Mit Vorliebe sitzen sie an der Streckseite der Arme, besonders in der Nähe der Gelenke. Sie geben Anlafs zu erst glänzenden, rundlichen, pigmentierten, später farblosen Narben. Die Vortragenden berichten über einen Fall, bei dem gleichzeitig eine Lungen- und Lymphdrüsentuberkulose bestanden; der eine von ihnen sah die Affektion einmal mit einem Lupus erythematosus, H. TENNESON mit Lupus vulgaris koinzidieren.

Die Herren HALLOPEAU und SCHROEDER: **Über einen auf der Mundschleimhaut lokalisierten Lichen planus:** radiär oder sternförmig verlaufende, opaleszierende Streifen zeichnen denselben aus; kein Jucken, weshalb sie offenbar nicht auf die gleiche Weise zustande kommen wie die sekundären Lichenifikationen infolge von Kratzen. Jede Innervationsstörung mufs ausgeschlofsen werden, so dafs ein trophoneurotischer Ursprung der Affektion unwahrscheinlich ist.

Herr WICKHAM hat bei seinen Untersuchungen über die weifslichen Streifen im Inneren von Lichenpapeln, die er als pathognomisch für den Lichen planus ansieht, die Beobachtung gemacht, dafs bei Patienten mit gleichzeitigem Lichen planus der Mundhöhle und der Haut, die genannten Streifen in der Haut und den Schleimhäuten identisch waren. Die Streifen, welche Herr HALLOPEAU bei seinem Patienten nachgewiesen, stimmen mit dem Befunde von Herrn WICKHAM überein.

Herr PERRIN: **Über Filaria Medinensis oder den Guineawurm.** Vortragender berichtet über einen bei einem aus Dahomey kommenden Neger mit dieser Affektion und behandelt hauptsächlich die Therapie. Nach den Lehrbüchern gestaltet sich dieselbe sehr einfach (Aufrollen des Wurmes auf ein Hölzchen und vorsichtiges Ausziehen, welche Operation 10—15 Stunden Zeit beansprucht).

Nach Herrn P. geht die Sache aber nicht so einfach. Nach eigenen Beobachtungen und Mitteilungen von Kollegen kann der Wurm in den Kolonien schwere Störungen veranlassen und selbst den Tod des Individuums veranlassen. Das letztere erfolgt zuweilen bei Soldaten die verschiedenen Infektionen, Anstrengungen und Ent-

behrungen aller Art ausgesetzt sind. Auch aufserhalb der Kolonien kommt der Wurm vor. Der Patient, um den es sich hier handelt, lebte unter günstigen hygienischen Verhältnissen. Gleich nach dem Auftreten des Parasiten legte sich der Patient zur Ruhe und extrahierte sich denselben in der landesüblichen Weise. Trotz aller Vorsicht rifs der Wurm und es kam zu einer Pflegmone des Fufses und der Peroneusscheiden. Nach Abheilung dieser Komplikation zeigte sich der Parasit in der ersten Zwischenzehenfalte. Auch diesmal kam es bei aller angewandten Vorsicht wieder zum Bruch und mufsten wegen drohender Phlegmone Inzisionen auf der Dorsal- und Plantarfläche des Fufses gemacht und nach den Überresten des Parasiten gesucht werden. Sorgfältige antiseptische Behandlung; Heilung nach 6 Wochen. Bei Truppen auf dem Marsche in den Tropen gestaltet sich die Prognose viel ungünstiger und Todesfälle sind nicht selten. Bei geradem Verlaufe des Wurmganges dürften Sublimatinjektionen in der Umgebung desselben indiziert sein. Ist der Gang aber ein stark gewundener oder wickelt sich der Parasit gar um die Sehnen, so mufs zur chirurgischen Behandlung gegriffen werden, wenn die gewöhnliche Methode nicht zum Ziele führt.

Herr Bertarelli-Mailand sendet eine Mitteilung über die **Psoriasisbehandlung mit Kalomelinjektionen.** Dieselbe hat keine günstigen Resultate geliefert und mufste aufgegeben werden.

(Übersetzt von C. Müller-Wallisellen.)

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1896. No. 10.

1. **Allgemeine Anästhesie. Anwendung des Chloroforms für die Operationen in der Blase und Harnröhre,** von Prof. Guyon. Die Arbeit bildet einen Auszug aus dem dritten Bande der demnächst erscheinenden klinischen Vorlesungen des Verfassers, ein Resumé derselben dürfte auch hier von Interesse sein.

In der Einleitung macht Guyon darauf aufmerksam, dafs viele Jahre verflossen, ehe die Spezialisten zur allgemeinen Anästhesierung sich des Chloroforms bedienten, das doch bereits allgemein von den Chirurgen benutzt wurde. Die Ursache lag darin, dafs gerade die Urologen einen Teil der Operationen auch ohne Narkosen vollenden konnten, andererseits darin, dafs schematisch und wider die Regeln der Physiologie vorgegangen wurde; die Blase sollte förmlich bezwungen werden. Dies ist aber kaum zu erreichen und gefährlich.

Zur allgemeinen Anästhesierung bei Operationen in den Harnorganen empfiehlt Guyon nach wie vor das Chloroform. Für gewisse Eingriffe, wie die Urethrotomie und die Lithotripsie mag unter Umständen das Kokain als Ersatz eintreten, jedoch fand Guyon bei dessen Verwendung nicht die Beständigkeit der Wirkung, ebensowenig die Sicherheit des Chloroforms, Unfälle kamen vor, ja sogar ein Todesfall während der Untersuchung eines Steinkranken.

Als Darreichungsart wird auf Guyons Klinik nun durchaus diejenige Methode gewählt, welche möglichst wenig Chloroform zuführt, die Tropfmethode, ein Tuch oder Taschentuch wird statt der Maske verwendet. Erst nach und nach wird das Tuch dem Gesichte genähert und endlich direkt auf dasselbe gebracht.

Von den drei Stadien der Chloroformisation: der leichten Betäubung (Umnebelung), der Aufregung und der Toleranz werden blofs das erste und letzte zur Narkose benutzt und besonders vom ersten Stadium ein ausgiebiger und nützlicher Gebrauch gemacht.

Handelt es sich um Operationen in der Blase, so darf die Chloroformisation keinen anderen Zweck haben als ihren Kontraktionen Widerstand zu leisten, aber ihre Kontraktionskraft soll nicht unterdrückt werden. Es ist ihre Empfindlichkeit stets im Auge zu behalten, deren Grad, Natur und Ursachen; Individualisieren ist streng geboten.

Wie schon früher, betont Guyon auch neuerdings die hohe Bedeutung der Spannung der Blase, welche ebenso und manchmal noch mehr als die Berührungsempfindlichkeit die vollste Aufmerksamkeit des Operateurs beanspruche. Eine genaue Erörterung erfahren die Indikationen zur Chloroformierung nach den verschiedenen Stadien. So solle man nach Guyon die erste Periode der Narkose (der leichten Betäubung) in den Fällen benutzen, in welchen die Blase keinen pathologischen Zustand darbietet, also z. B. frei von Cystitis ist, ferner bei solchen Patienten, welche gegenüber der Spannung nur wenig Empfindlichkeit zeigen. Nicht blofs Untersuchungen der Blase, sondern selbst Steinzertrümmerungen können mit richtiger Ausnützung dieser leichten Narkose vollführt werden.

Für die Anwendung des Chloroforms bis zum dritten Stadium, dem der Toleranz spielt die Cystitis eine grofse Rolle. Besteht also pathologische Empfindlichkeit, welche schnell durch Spannung und Berührung ausgelöst wird, ist Toleranz nötig. Ebenso mufs diese verlangt werden, wenn die Empfindlichkeit wohl mäfsig oder nur schwach, aber lange und schwierige Eingriffe bevorstehen. Ein grofser Stein, eine umfangreiche Prostata, eine unregelmäfsige Blase — sie verlangen das Erschlaffungsstadium bei Operationen.

Es giebt jedoch auch Fälle, bei denen man mit Chloroform allein die zu operativen Eingriffen nötige Beruhigung der Blase nicht erzielen kann. Alte Cystitiden mit aufserordentlicher Empfindlichkeit in Bezug auf Füllung und Berührung, mit Infektion und sekundären Steinen gehören hierher. Bei diesen ist vor einer eingreifenden Operation eine Vorbereitung nötig. Ruhe, Diät, Einträufelungen von Argentum nitricum-Lösungen wirken günstig, das meiste leisten jedoch subkutane Einspritzungen von Morphin in Verbindung mit der Chloroformnarkose, deren Toleranzstadium dann in Betracht kommt. Während der Operationen selbst ist den Bewegungen der Blase sorgfältig Rechnung zu tragen, ihre Reflexthätigkeit kann nicht unterdrückt werden, ohne dafs das ganze Organ gefährdet wird. Gerade bei der Lithotripsie ist eine entsprechende Kontrolle von Nutzen.

Für Untersuchungen der Harnröhre und Blase will Guyon das Chloroform nur ausnahmsweise verwenden. Dagegen hält er das erste Stadium der Chloroformnarkose für verwendbar beim inneren Harnröhrenschnitt.

Nierenalterationen bilden nach seiner Ansicht keine Gegenanzeige zur Verwendung des Chloroforms bei Operationen in den Harnwegen: Sectio alta, Lithotripsie, Urethrotomia externa haben ihn trotz Abnormitäten in den Nieren und langer Dauer der Narkose günstige Erfolge erzielen lassen.

II. **Serotherapie der Harninfektion**, von Albarran und Mosny. Dieser Vortrag enthält vier Abschnitte und zwar:

1. Impfung der Versuchstiere (Kaninchen, Meerschweinchen, Hunde, Pferde);
2. Studium der Toxine;
3. Studium des Serums der geimpften Tiere;
4. Anwendung auf den Menschen.

Aus dem dritten Abschnitte möge folgende Übersicht hier Platz finden: Das Serum der geimpften Tiere hindert die Entwickelung des Bacillus coli nicht. Ist das Tier mit den Toxinen allein geimpft, so werden die Kulturen kaum verändert. Ist es gegen die Infektion geimpft, so bewirkt sein Serum eine Anhäufung der Bacillen und das Kulturmittel bleibt klar oder kaum getrübt. Für die Kulturen des Typhusbacillus beobachtet man diese Veränderungen nicht.

ad 4. Seit 3 Monaten wurde auf der Guyonschen Klinik die colibacilläre Serotherapie gegen Harninfektion angewendet. Einerseits versuchte man subkutane Einimpfungen von Serum, andererseits schien es nützlich, direkt in die Blasen der Kranken eine gewisse Menge dieses Serums einzuspritzen, man erinnerte sich der Thatsache, daſs eine sehr schwache Menge Serum, gemischt mit der Kultur, die experimentelle Wirkung zerstört. Auf diesen Modus der Serotherapie soll einstweilen nur kurz aufmerksam gemacht werden.

Die Untersuchungen über die Serotherapie bei der Urininfektion des Menschen haben günstige Resultate ergeben und sollen nächstens genauer mitgeteilt werden.

Die Verfasser haben für ihre Versuche die Harninfektion deshalb gewählt, weil man gerade bei ihr etwas Eigentümliches wahrnimmt. Man kann nämlich oftmals vorhersehen, daſs ein chirurgischer Eingriff an einem Kranken, dessen Infektion in den Harnwegen lokalisiert ist, ganz sicher schwere Allgemeinzufälle hervorrufen wird. Die Serotherapie soll nun nicht bloſs die bereits entwickelte Infektion bekämpfen, sondern auch den fast sicheren Ausbruch einer solchen verhindern. Die Verfasser hoffen aufserdem, daſs das von ihnen verwendete anticolibacilläre Serum in Zukunft noch weitere Verwendung erfahren und gegen andere Infektionen benutzt werden könne, die auch dem Bacillus coli ihre Entwickelung verdanken.

III. **Fünf Fälle von blennorrhoischer Hodenentzündung, behandelt mittelst Spülungen mit permangansaurem Kalium,** von Delbet. Die vom Verfasser behandelten Patienten litten an frischer Blennorrhoe und akuter Epididymitis. Trotz dieser Komplikation wurden die Janetschen Spülungen mit Kalium permanganicum durchgeführt (1 : 3000 bis 1 : 1000) und zwar mit ausgezeichnetem Erfolge: Mit der Blennorrhoe schwand die Schmerzhaftigkeit, Schwellung und Härte des Nebenhodens. In einem der fünf Fälle wurde irrtümlich eine zu starke Konzentration 1 : 500 vier Tage hintereinander verwendet, es traten Schmerzen im Damm und Harnverhaltung ein, aber Blennorrhoe und Epididymitis waren damit geheilt.

Auf Grund dieser Erfahrungen empfiehlt Delbet die weitere Anwendung der Methode im Gegensatze zu dem bisher geübten Verhalten bei akuter und alter Epididymitis. *Neuhaus-München.*

The British Journal of Dermatology.

November 1896.

I. **Naevus acneiformis unilateralis,** von J. B. Selhorst. Die 24jährige, verheiratete Patientin ist stets gesund gewesen, zeigt auch keinerlei Anzeichen von Nervosität. Ihre gegenwärtige Hautaffektion datiert seit ihrer Geburt und beschränkt sich strikte auf die linke Körperhälfte, von der ein beträchtlicher Teil des Thorax, Halses, Abdomens und der Arm befallen ist. Die Verteilung des Ausschlages folgt

augenscheinlich dem Verlaufe von Hautnerven, so insbesondere am Halse dem Verlaufe des kleinen Occipitalnerven. Die Läsionen bestehen aus ovalen, auf der Brust, dem Rücken und oberen Teil des Armes zu einer grofsen Plaque konfluierten Flecken. Auf diesem grofsen Bezirke sieht man zahlreiche flache Narben, daneben grofse einfache und doppelte Komedonen. Solche bemerkt man auch auf den einzelnen kleinen ovalen Flecken. Gelegentlich begegnet man auch kleinen Geschwüren, welche im Anschlufs an eine Follikulitis und Perifollikulitis um die Komedonen herum durch Zerstörung von Gewebe entstehen. Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, dafs man es in dem Falle mit wahren Komedonen zu thun habe, für welche auch die gefundenen Mikroorganismen sprechen.

Nach der Ansicht des Verfassers werden die acneiformen Efflorescenzen durch eine Ernährungsstörung der Epidermis hervorgerufen. Wahrscheinlich unter dem direkten Einflusse trophischer Nerven gelangen die Zellen des Rete Malpighii nicht zu regelrechter Entwickelung. Der Krankheitsprozefs ist als Keratinisation anzusehen und die Affektion zur Klasse der unter trophoneurotischen Einflüssen entstehenden Hautkrankheiten, wie Hemiatrophia facialis, die Liodermia neurotica, der Naevus unius lateris, das unilaterale Papillom und besonders der Herpes zoster zu zählen.

II. **Trichophytiasis, Alopecia areata vortäuschend**, von W. Dubreuilh und D. Frèche. Denselben Gegenstand behandelt der Originalartikel der Verfasser „Pseudo-Alopecie und Trichophytiasis“ in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Band 23. Heft 10.

III. **Yaws und Syphilis, nicht identische Krankheiten**, von Ch. W. Daniels. Der Verfasser hat sich seine Erfahrungen über die Yaws auf den Fidji-Inseln geholt. Er meint, diejenigen Autoren, welche die Yaws für identisch mit der Syphilis erklären, hätten die Krankheit entweder nur aus Beschreibungen kennen gelernt, oder von derselben nur sehr wenige Fälle persönlich beobachtet. Es sei allerdings nicht zu leugnen, dafs die Yaws mannigfache Ähnlichkeiten mit der Syphilis aufweise; sie sei überimpfbar, habe ein Inkubationsstadium von nicht unter 2 und nicht über 8 Wochen, leite sich darnach durch eine Primärläsion ein, auf welche ein allgemeiner Ausschlag folge, der sich durch über 1—3 Jahre erstreckende Recidive auszeichne. Die Krankheit werde nicht selten von Störungen des Allgemeinbefindens begleitet, besonders beim Auftreten des ersten Ausschlages, sei aber selten tötlich. Erst in späterer Zeit stellten sich verschiedene Ulcerationen besonders im Pharynx ein, die an syphilitische Geschwüre lebhaft erinnerten. Alle Manifestationen der Yaws gingen unter der Behandlung mit Merkur und Jod, wenn auch langsam, zurück. Trotz dieser auffallenden Ähnlichkeit mit Syphilis, dürfe man die Yaws dennoch nicht mit derselben identifizieren, da die Verschiedenheiten auf der anderen Seite eine derartige Identifikation nicht zulassen. Dafs die Yaws keine Form kongenitaler Syphilis sei, wie von einigen Autoren angenommen wurde, gehe aus der Thatsache hervor, dafs sie bei Kindern unter 3 Jahren nur sehr selten, vor dem ersten Lebensjahre fast garnicht angetroffen wird, dafs sie nicht mit Schnupfen, Knochenveränderungen, Deformität der Zähne, interstitieller Keratitis oder anderen anerkannten Läsionen der kongenitalen Syphilis vergesellschaftet ist.

Der Verfasser bemüht sich im folgenden nachzuweisen, dafs die Yaws auch keine acquirierte Syphilis ist.

Die klinischen Eigentümlichkeiten der Yaws bestehen in einer erhabenen, roten, Exkrescenz, welche sich jäh über das Niveau der umgebenden, gesunden Haut erhebt. Wo die Haut feucht ist, wie am Scrotum, bemerkt man nichts von Schuppung, aber an anderen Körperteilen deckt die Exkrescenz eine dicke, gelbe, zuweilen festhaftende

Schuppe, besonders an den behaarten Teilen. Auch etwas Eiter befindet sich zuweilen zwischen der Schuppe und der Exkrescenz. Das Fehlen eines darunterliegenden Geschwürs unterscheidet die Yaws von der Rupia, mit welcher sie bisweilen Ähnlichkeit zeigt. Die Höhe der Exkrescenz wechselt. Zuerst ist das Gewächs abgerundet, der zentrale Punkt ist der erhabenste, später wird es flach, dann konkav (Gumma? Ref.) und schliefslich verschwindet es und hinterläfst, wenn die Schuppe abgefallen ist, eine ziemlich flache Narbe, die für gewöhnlich nicht persistiert. Zuweilen ist die Yaws so klein wie ein Tuberkel, andere jedoch können gleichzeitig zu einer Exkrescenz anwachsen. Gelegentlich begleiten dieselbe schuppige Ausschläge, denen der Verfasser wenig Aufmerksamkeit schenkt, weil sie bei geschwächten, ungewaschenen Schwarzen gewöhnlich sind. Die Drüsen sind wenig befallen. Bubonen treten nicht auf. Rachensymptome, wie man sie bei früher Syphilis beobachtet, hat Verfasser niemals gesehen; die chronische Pharyngenal-Geschwürsbildung, wie sie zuweilen bei Yaws auftritt, erscheint viel später als der Ausschlag. Verfasser glaubt nicht, dafs sie durch die Krankheit hervorgerufen werde.

Die Recidive zeigen dasselbe Bild wie die primäre Yaws. Auf den Fidji-Inseln wird die Krankheit von den Eingeborenen „Coko" genannt.

(Das wichtigste Argument, dafs beide Krankheiten nicht identisch sind, vermissen wir in der Arbeit. Der Verfasser teilt uns nicht mit, dafs er Fälle beobachtet hat, welche beide Affektionen gleichzeitig gehabt haben, oder dafs ein und dasselbe Individuum in der Kindheit Yaws durchgemacht und später Syphilis acquiriert hat, oder umgekehrt. So lange dieses Argument fehlt, wird man sich nach der Beschreibung nicht leicht überzeugen lassen, dafs es sich um zwei ganz verschiedene Krankheiten handelt. Ref.)

IV. Bemerkung über einen eigentümlichen Ausschlag nach Berührung mit arteriellem Blute, von M. Sheild. Nach Operationen, welche mit Blutungen einhergingen und bei denen der Verfasser sich die exponierten Teile insbesondere der Stirn und Streckseiten der Arme mit arteriellem Blute bespritzte, bemerkte er, wenn er die eingetrockneten Blutkrüstchen abgewaschen hatte, bald darauf an der Stelle derselben einen schwach rosaroten Fleck, der dunkler bis schwach rot wurde, etwa ½ Stunde anhielt und langsam verschwand. Der Verfasser hat dieselbe Wahrnehmung auch an den Armen seiner Assistenten gemacht. Jucken, Brennen oder eine sonstige Empfindung ist dabei nicht vorhanden. Die Erscheinung ist nicht konstant, und das läfst den Verfasser vermuten, dafs die Ursache in einem eigentümlichen Zustand des Blutes zu suchen sei. Er möchte, bis weitere Beobachtungen über dieselbe gemacht sind, für die Erscheinung die Bezeichnung „Bluterythem" vorschlagen. *C. Berliner-Aachen.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1896. Heft III.

Campana und Degola: **Die Färbungen der Haut des Chamäleons und die Farbe des sog. primären Hautsarkoms.** Nach den Verfassern hängt die Färbung der Chamäleonhaut von verschiedenen Umständen ab: vom mechanischen Impuls, der den Farbstoff im Innern der Lymphbahnen, der Cutis, der Epidermis frei bewegt; ferner von der amöboiden Bewegung der Chromatophoren, von der mehr oder weniger tiefen Lage des Pigments; endlich von Interferenz- und Refraktionsphänomenen, indem die gefärbten Lichtstrahlen je nach ihrer und der darunter liegenden Cutis Spannung, die Epidermis durchdringen und von den tieferen Schichten reflektiert werden. Die

Verfasser geben dann eine ausführliche Beschreibung der histologischen Beschaffenheit der Haut vom Chamäleon. Danach besitzt dieses Tier eine Art von hämopoëtischem Apparate in seiner Haut, ähnlich etwa der Milz in seinen Funktionen. In der Nähe der Gefäfse sieht der Farbstoff aus wie per diapedesin ausgetretenes Blut in Form von rundlichen Konglomeraten. In weiterer Entfernung von den Gefäfsen wird seine Farbe dunkler, er verliert seine Homogenität und erscheint als Herd von kleinsten Körnern. Ganz ähnlich stehen nun diese Beziehungen des Farbstoffes zu den Gefäfsen beim sog. idiopathischen Hautsarkom.

Baruchello: **Die maligne Desquamationsphase der Psoriasis.** Verfasser giebt die ausführliche Beschreibung eines Falles von Psoriasis, der mit jener bösartigen Form der Abschuppung kompliziert war, welche an die desquamative *Dermatitis* erinnert. Er ist auch überzeugt, dafs viele Fälle, welche unter dem letzteren Titel publiziert worden sind, in Wirklichkeit nur jene Periode der Psoriasis darstellten. In den Schuppen fand Verfasser eine aufserordentlich grofse Menge pyogener Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes aureus); er bringt dieselben in ursächlichen Zusammenhang mit der Hyperproduktion von Schuppen. Eine Stütze dieser seiner Ansicht erblickt B. im Erfolge der Sublimatbäder, welche stets eine auffallende Wirksamkeit zeigten, indem unter ihrem Gebrauche die desquamative Dermatitis abheilte und nur die Psoriasis zurückblieb. Wurden probeweise die Bäder ausgesetzt, so verschlimmerte sich der Zustand des Patienten wieder rasch.

C. Müller - Wallisellen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Oktober 1896.

I. **Ein Fall von Porokeratosis** (Mibelli) von M. B. Hutchins. Die Krankheit begann bei dem 32jährigen Patienten, als er 2 Jahre alt war, genau am inneren Rande des linken Handtellers und zwar an der radialen Seite der Basis des Zeigefingers als ein warzenähnliches Gewächs, das sich nach und nach ausdehnte, während sich gleichzeitig ähnliche Veränderungen der Haut an anderen Stellen der Hand entwickelten. Bei der ersten Besichtigung des Patienten im Oktober 1892 bemerkte der Verfasser an der dorsoradialen Seite der linken Hand in der Gegend des ersten Metakarpalknochens eine unregelmäfsig begrenzte, langgestreckte, an der *Basis* des Zeigefingers auf die Volarseite übergehende, etwa 1‴ breite, 2 mm hohe Erhabenheit, die wie mit Hirsekörnern besät war. Bei näherer Betrachtung erwiesen sich *diese* Körnchen als sehr kleine, schwärzlich aussehende Epidermisknötchen, die bis zum Niveau der Haut leicht abgeschnitten werden konnten, ohne dafs der Patient Schmerzen empfand, oder dafs die Papillen verletzt wurden. Ähnlich veränderte, aber nicht so ausgedehnte Hautstellen finden sich sowohl auf der Dorsal- wie Volarfläche der linken Hand zwischen dem Zeige- und Mittelfinger, nahe deren Basis. Die Affektion verursacht dem Patienten, dessen Allgemeinbefinden sonst sehr gut ist, nur gelegentlich, wenn er sich der Sonne aussetzt, etwas Jucken.

Im Jahre 1895 sah Verfasser den Patienten nach langer Zeit wieder. Das Leiden hatte nur sehr wenig an Ausdehnung gewonnen. Die Verhornungen schienen an Dicke etwas zugenommen zu haben. Eine mikroskopische Untersuchung der befallenen Haut konnte nicht angestellt werden, weil der Patient unter keinen Umständen sich ein Stückchen Haut excidieren lassen wollte. Der Verfasser vergleicht seinen Fall mit den in der Litteratur publizierten Fällen anderer Autoren.

II. **Ein interessanter Fall von Tinea favosa der Epidermis** von G. W. Wende. In Amerika ist der Favus eine sehr seltene Krankheit. Vom Jahre 1877—1892 wurden

nach den Berichten der amerikanischen dermatologischen Vereinigung 707 Fälle von Favus unter 205 328 Fällen aller Hautkrankheiten gezählt. Daſs jedoch eingeborene Amerikaner die Krankheit fast garnicht acquirierten, davon konnte sich Verfasser, soweit die Stadt Buffallo in Betracht kommt, nicht überzeugen, denn unter 29 Patienten, die er und sein Bruder, Dr. Ernest Wende beobachtet haben, waren 21 geborene Amerikaner.

Von Interesse ist, daſs der Favus in der Gegend von Buffalo vielfach bei Haustieren gefunden wird, damit erklärt sich auch die relativ nicht geringe Zahl von Favusfällen bei Menschen. Eine ausführliche Beschreibung erfährt seitens des Verfassers ein Fall von über den ganzen Körper verbreitetem Favus bei einem 12jährigen Knaben, der in Buffalo geboren ist und jetzt noch in dem Geburtshause wohnt. Er ist muskulös, wohlgenährt, aber, dem Gesichtsausdrucke nach zu urteilen, idiotisch, daneben rein äuſserlich stark vernachlässigt.

Die ersten Anfänge der Krankheit datieren seit dem zweiten Lebensjahre des Knaben. Gegenwärtig sieht man die ganze Kopfhaut bedeckt mit verdickten, grauweiſsen, brüchigen Krusten. Pediculi wimmeln in den glanzlosen Haaren. An Stellen, wo die Krusten auf der Haut fest haften, ist diese entzündet, ulceriert oder exkoriiert infolge des intensiven Kratzens. Die Hinterhauptsdrüsen sind geschwollen und schmerzhaft. Der Kopf verbreitet den eigentümlichen, unangenehmen, muffigen Geruch, welcher die Krankheit charakterisiert. Vorn am Körper, besonders auf der Brust, am Abdomen und an den oberen Teilen der Oberschenkel sieht man 38 verschieden groſse und verschieden gestaltete Massen von Krusten. Zahlreiche rote, rauhe, wohl markierte Hautstellen deuten daraufhin, daſs hier die Affektion in voller Blüte gestanden hat. Es sind ferner befallen: Rücken, das Gesäſs, die Extremitäten, die Streckseiten stärker als die Beugeseiten, unter ihnen am stärksten die Streckseite des linken Oberarmes.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, daſs jede Kruste, von irgend einer beliebigen Körperstelle entnommen, aus Epithelien, Eiterzellen, Fettkügelchen und zahllosen Mycelien und Sporen bestand.

III. **Sechs Fälle von Lippenschanker** von E. J. Stout. In allen sechs Fällen handelt es sich um einen Primäraffekt an der Unterlippe. Der Verfasser teilt die Krankengeschichten derselben mit und stellt Betrachtungen an über die extragenitalen Infektionsquellen der Syphilis, über die Notwendigkeit, die extragenitalen Initialsklerosen möglichst frühzeitig zu diagnostizieren, um weiteren Übertragungen vorzubeugen.

IV. **Phlegmonöse Entzündung und Eiterung im Anschluſs an die Vaccination.** Das Vaccinations-Erysipel der Autoren, von Th. W. Schaefer-Kansas City. Innerhalb von 16 Jahren hat Verfasser vier Fälle beobachtet, bei denen im Anschluſs an die Impfung die Arme in heftiger und gefährlicher Weise entzündet waren. Ein derartiger Fall, den ein Kollege des Verfassers in Behandlung gehabt hatte, verlief letal. Aus diesem Grunde sollte man dieser Eventualität bei der Vaccination mehr Aufmerksamkeit schenken, als es bisher in der Litteratur, namentlich auch in sonst ganz ausgezeichneten Lehrbüchern geschehen ist. Sind bei der Vaccination Infektionsstoffe in die Impfstelle gelangt, so sieht man zuweilen eine diffuse Dermatitis sich um den Infektionsherd ausbreiten. Der Arm, beispielsweise eines geimpften Kindes wird schmerzhaft, stark geschwollen; die Schwellung erstreckt sich von der Schulter hinab zum Ellenbogengelenk; oftmals entwickelt sich um das letztere ein Ödem, das abwärts schreitet und schlieſslich Hände und Finger ergreift. Das Gewebe, nahe der Impfstelle, wird hart und infiltriert; die Drüsen der Achselhöhle sind vergröſsert und gespannt. Gleichzeitig ist das Allgemeinbefinden durch Fieber, Appetitlosigkeit, Schlaf-

losigkeit gestört. Vaccine-Ausschläge der verschiedensten Formen, neigen gerade in solchem Zustande des Patienten aufzutreten, wobei dann gewöhnlich zuerst der geimpfte Arm, später der Stamm befallen wird. Die erythematösen, papulösen oder auch papulo-vesikulösen Eruptionen sind die häufigsten. Sie sind meist von sehr kurzer Dauer, sie verschwinden schon nach ganz wenigen Tagen. Die entzündlichen Erscheinungen am Arm dauern bisweilen zwei und mehrere Wochen, ehe Rückbildung einsetzt. Ein nekrotisches Gewebsstück markiert sich sehr oft an der Infektionsstelle, verschorft langsam, fällt ab und hinterläßt ein sehr langsam abheilendes Geschwür.

Im folgenden beschreibt der Verfasser einen typischen Fall von lokalisierter Sepsis nach der Vaccination. An derartigen Komplikationen scheint neben mangelhafter Antisepsis bei dem Impfakt, auch eine schlechte Beschaffenheit der Lymphe schuld zu sein. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Badnel berichtet über einen **Fall von akuter Nephritis infolge eines allgemeinen impetiginösen Ekzems.** Im Urin und im Blute wurde der Staphylococcus aureus und der Fränkelsche Diplococcus nachgewiesen. (Diese Komplikation der ulcerösen Form des Ekzems mit Nephritis ist keineswegs eine Seltenheit. So sind dem Referenten innerhalb vier Wochen 3 Fälle dieser Art zur Beobachtung gelangt. Es handelte sich um vernachlässigte Kinder (darunter 2 Geschwister) mit intensivem Eccema pustulosum capitis e pediculis. Das eine dieser Kinder, das erst in extremis zur Behandlung kam, starb an Urämie. Ref.) *C. Müller-Wallisellen.*

Therapie des Eccema marginatum (Hebra), von M. Gál. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 19.) G. verwendet seit 2 Jahren bei Fällen von Eccema marginatum, welche den üblichen Mitteln trotzten, 5—10%ige Kokainlösungen, welche auf den erkrankten Stellen täglich eingepinselt werden. Gröfsere Partien auf einmal einzupinseln ist nicht ratsam wegen Intoxikationsgefahr. Das qualvolle Jucken hört bald auf, die Rückbildung der Haut war eine vollständige, seit 2 Jahren beobachtete er keine Recidive. Geringere als 5%ige Kokainlösungen waren ohne Erfolg. Die mit dem Eccema marginatum verwandten Ausschläge blieben von der Kokaineinpinselung unbeeinflufst. Verfasser empfiehlt den Herren Spezialärzten dieses Verfahren zur weiteren Erprobung. *A. Aschner-Budapest.*

Drei Fälle von Augenleiden bei Ichthyosis simplex, von Walter Hübner. (*Beitr. z. Augenheilkde.* XXIII. Heft.) Von Augenaffektionen bei Ichthyosis ist wenig bekannt. Aufser Lidverkürzung, Ektropium, essentieller Bindehautschrumpfung (Kreis) hat nur F. Buller berichtet über eigentümliche granulationsähnliche Erkrankung der Conjuctiva und Bögel über ein subconjunctivales Lipom bei einer ichthyotischen Person. Verfasser teilt 3 Fälle aus der Giessener Klinik mit:

1. Ichthyosis hystrix, starke Beteiligung der Gesichtshaut, Schuppenbildung, Spannung, Verkürzung der Lider; mangelhafter Lidschluſs; Mikrophthalmus geringen Grades, starke Hyperopie.

2. Ichthyosis; Ektropium des unteren Lides, Verkürzung beider Lider; Lidschluſs unmöglich.

3. Ichthyosis diffusa; früher wegen „skrophulöser Augenentzündungen“ und „Eccema squamosum“ wiederholte Behandlung; Gesicht stark beteiligt, Lidhaut verkürzt und gespannt; Lidschluſs schwer möglich; Ektropium des unteren Lides, entstanden nach Blepharophimosisoperation; Entzündung der Bindehaut; unterer Teil des Bindehautsackes verkürzt; keine Narben; auſsen Symblepharon; Auge etwas klein, leicht injiziert; Keratitis superficialis mit alten Flecken. Nach Rückgang der Conjunctivitis stellt sich eine eigentümliche Schrumpfung derselben ein. Sie wird rosarot, livid, gespannt, aber nicht narbig.

Die Schrumpfung der Bindehaut im letzten Fall ist besonders bemerkenswert. v. Krieg hat einen ähnlichen Fall als „essentielle Schrumpfung der Bindehaut“ beschrieben. Solche ist auch nach Pemphigus beobachtet.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Psoriasisfälle, welche wahrscheinlich durch Ansteckung verursacht waren, von J. Abbott Cantrell. (*Med. Record.* 2. Mai 1896.) Bericht über 2 Fälle, in welchen die Mütter mehrere Jahre später an Psoriasis erkrankten, als die Kinder. Erblichkeit ist in solchen Fällen allerdings als Ursache auszuschlieſsen. Eine Anzahl von ähnlichen bereits in der Litteratur veröffentlichten Fällen wird kurz citiert.

J. Appel - Altona.

Zur Frage über die Ansteckungsfähigkeit der Psoriasis vulgaris, von Trapesnikow. (*Milit.-Med. Journ.* April 1896.) Autor beschreibt einen Krankheitsfall bei einer 50jährigen Frau. Dieselbe, vorher vollkommen gesund, wusch sich in der Badestube mit demselben Besen, mit dem sich kurz vorher ein Psoriasiskranker gewaschen hatte, der seit frühester Jugend an diesem Leiden litt.

Der erste Ausschlag erschien 1½—2 Wochen nach dem Bade.

Grünberg-St. Petersburg.

Über Psoriasis linguae areata, von E. Jwanow. (*Pädiatr. Med.* 1896. No. 2.) Verfasser ist der Meinung, daſs man die sog. Landkartenzunge, von ihm Psoriasis areata genannt, wohl behandeln müsse, möglicherweise könnten die affizierten Stellen als Eingangspforte für verschiedene Infektionen dienen. Die von Unna empfohlenen Gargarismen mit Schwefel, Natrium sulfurosum etc. verwirft er; dagegen sah er guten Erfolg von einer physiologischen Salzsäurelösung (20—30 Tropfen Ac. muriat. dil. auf 1 Glas Wasser.) Damit wird 2—3 Mal täglich die Zunge nach dem Essen abgewischt. Auch bei Soor wandte Autor dieselbe Methode an. *Grünberg-St Petersburg.*

Praktische Anweisungen zur Behandlung der Psoriasis vulgaris, von A. Grünfeldt. (*Süd-Russ. med. Ztg.* 1896. No. 1.) Autor empfiehlt als bestes Mittel bei der Psoriasis superficialis Chrysarobin und Pyrogallol, bei der Psoriasis profunda Teer. An den behaarten Körperstellen hält Autor Hydrarg. praecip. alb. als bestes Ersatzmittel für Chrysarobin. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Zur Therapie der Psoriasis, von Kaposi. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 14 u. 15.) Verfasser bespricht in seinem Vortrage hauptsächlich die Schwierigkeiten in der Behandlung der Psoriasis. In der Psoriasistherapie besitzen wir heute zwei wertvolle Präparate, und zwar das Chrysarobin und die Pyrogallussäure, welch' letztere

dem ersteren vorzuziehen ist, weil selbe nicht so rasch Erytheme, Ekzeme und Intoxikationserscheinungen verursacht. Schwierigkeiten, mit denen wir in der Psoriasistherapie anzukämpfen haben, verursachen jene Fälle, bei denen sich die Psoriasis in tausenden und tausenden miliaren Knötchen entwickelt. Da wird es nicht gut angehen, obengenannte Präparate anzuwenden, in solchen Fällen ist es angezeigt Arsen zu geben. Die örtliche Behandlung kann in erweichenden Bädern, Seifenwaschungen mit Naphtol- oder Naphtolschwefelseife, bei eventuellen Juckbegleiterscheinungen in irgendwelchen indifferenten Salbeneinreibungen, geschehen. Eine andere Schwierigkeit bieten jene Fälle, bei denen die Entwickelung der Psoriasis mit einer intensiven Hyperämie einhergeht, zu der sich noch ein Ekzem gesellt. Wenn nun solche Kranke mit den gewöhnlichen Psoriasismitteln behandelt werden, können sich die Entzündungserscheinungen derartig steigern, dafs sich daraus eine kolossale Dermatitis entwickelt. In gleicher Kategorie stehen jene Fälle, bei denen eine universelle Psoriasis vorhanden ist, da ist es eben auch nicht möglich, die Psoriasismittel universell anzuwenden wegen der gefahrdrohenden Intoxikationserscheinungen. Man behandelt solche Kranke partiell, z. B. indem man die unteren Extremitäten mit Kautschuk einhüllt, oder indem man Emplastr. saponatum oder Ungut. Diachyli und darüber einen Druckverband appliziert. Wenn nach 10—14tägiger Behandlung die Haut nicht mehr so lebhaft gerötet ist, kann man nun die Extremität mit Wilkinsonscher oder Pyrogallussalbe behandeln. In der Zwischenzeit kann man sich darauf beschränken, am Stamme und Bauche irgend eine indifferente erweichende Salbe anzuwenden (Borsalbe, Unguent. glycerini). Nach mehrwöchentlicher Behandlung gewöhnt sich der Organismus an die Mittel, man kann dann eine Strecke weiter schreiten, und so kann es gelingen, in 2—3 Monaten zum Abschlufs der Behandlung zu gelangen. Es giebt dann Fälle von Psoriasis vulgaris, die schwer zu diagnostizieren sind, leicht mit Eccema universale, Lichen ruber acuminatus universalis, Pityriasis rubra (Hebrae) verwechselt werden können, bei denen sich mächtige Schuppenauflagerungen entwickeln, in den Gelenkbeugen starke blutende Risse entstehen. In diesen Fällen ist die erste Aufgabe, die Epidermisauflagerungen mittelst erweichender Mittel zu entfernen. Dazu eignen sich am besten die gewöhnlichen Fette (Leberthran, Unguent. simplex, Vaselin, Unguent. glycerini), man belegt die Gelenke mit Ung. Diachyli; erst dann kommt die partienweise Behandlung mit den Psoriasismitteln daran. Bei Hinzutreten von heftigem Jucken, infolge Ausbruches eines akuten Eccema papulosum, erst Puderbehandlung und partienweise Teerpinselungen. Gesellt sich aber unter den erweichenden Applikationen ein nässendes Ekzem, so werden die Kranken hydropatisch behandelt (1—3stündliches Einwickeln in nasse Leinentücher), bis sich dieses Ekzem bis zu einem gewissen Grad zurückgebildet hat. Ein weiteres vortreffliches Erweichungsmittel ist noch der Kautschuk, unter dem sich die dicken Epidermisschuppen und Epidermisschwarten sehr rasch und gleichmäfsig ablösen, bei Psoriasis universalis können ganze Kautschukanzüge benutzt werden. Nun kann der Kautschuk auch die Nachteile haben, dafs sich unter demselben auch ein Eccema papulosum, und bei stärkerer Entzündung bei unnachgiebigen Kautschukhüllen eine Druck-Gangrän entwickeln kann, daher diese Eventualitäten auch mit Aufmerksamkeit zu verfolgen sind. Endlich müssen die Kranken noch mit den entsprechenden internen Mitteln (Arsen, grofse Dosen Jodkalium, Kreosot, Karbolpillen) und mit kräftiger Ernährung unterstützt werden. — Aus der Erörterung dieser wenigen Beispiele warnt Verfasser vor der schablonenhafte Behandlung der Psoriasis. *A. Aschner-Budapest.*

Nicoletti beschreibt einen Fall von allgemeiner exfoliativer Dermatitis nach Scarlatina bei einem 6jährigen Mädchen. Verfasser erklärt sich diesen Ausgang der Scarlatina aus der durch diese Krankheit verursachten Hyperämie der Haut und

der Kompression dieser letzteren durch das Körpergewicht der Patientin, wobei der ganze Prozefs jedoch in letzter Instanz dem Einflusse des Nervensystems untergeordnet gewesen sein mag. (*Rif. med.* 1896. No. 104.) *C. Müller-Wallisellen.*

González Tánago y Garcia beschreibt einen Fall von **Dermatitis exfoliativa neonatorum**, welche sich, zunächst in Form eines Erythems, von der Perinealgegend aus über den ganzen Körper ausgebreitet hatte. Im Verlaufe der Dermatose stellte sich grüne Diarrhoe ein, wobei die Untersuchung der Fäces ergab, dafs die grüne Farbe von Gallenfarbstoffen herrührte. Verfasser ist überzeugt, dafs die Enteritis eine Fortsetzung des entzündlichen Prozesses der äufseren Haut auf die Darmmukosa dargestellt habe. (*Revista clinica.* 1896. No. 13.) *C. Müller-Wallisellen.*

Angitrano berichtet über einen **Fall von recidivierendem Erythema scarlatiniforme desquamativum** während der Rekonvalescenzperiode eines Typhus abdominalis und begleitet von meningitischen Symptomen. Verfasser meint, dafs die Ursache sowohl des Erythems als der meningialen Erscheinungen in der Wirkung, nicht des Eberthschen, sondern des Colibacillus zu suchen sei. (*Rif. med.* 1896. No. 147.)
C. Müller-Wallisellen.

Colombini beschreibt (*Il Policlin.* 1896) **ein neues Raspatorium zur Behandlung der Trichophytie.** Dasselbe besteht aus einer Anzahl paralleler und scharfer Leisten, welche eine runde, ovale, quadratische etc. Fläche bilden, die auf ein Heft aufgeschraubt werden kann, so dafs das Instrument ungefähr einem Pferdestriegel in verkleinertem Mafsstabe ähnlich sieht. Es hat den Zweck, die Schuppen, Borken etc. der befallenen Stellen wegzukratzen, was ohne besondere Schmerzen geschehen kann, zumal wenn Lokalanästhesie angewendet wird. Auf die mechanische Entfernung der Verunreinigungen folgt eine Waschung mit Seifenwasser, dann Epilation und das Auftragen antiseptischer Agentien. Verfasser verwendet speciell zuerst eine Lösung, bestehend aus: Acid. carbol. pur. 2, Camphora trit. 4, ätherische Jodtinktur 40,0. Nach dieser Lösung wird mit einem anderen Pinsel nochmals aufgetragen: Acid. carbol. pur. 4, Jod. pur. 4, Collod. elast. 50, oder auch Jodtraumaticin (5%).
C. Müller-Wallisellen

Über die schwarze Haarzunge, von N. Röstowjew. (*Hospitalztg. Botkin.* 1896. No. 8—12.) Autor teilt nach vollständiger Anführung der einschlägigen Litteratur zwei von ihm beobachtete Fälle dieser seltenen Erkrankung mit, die einen jungen Arzt und dessen Frau betrafen. Eine Ursache für das Auftreten des schwarzen Belages liefs sich nicht eruieren, doch kann die Übertragbarkeit der Erkrankung in Anbetracht dessen, dafs dieselbe erst beim Manne und dann bei der Frau, und bei letzterer in schwächerem Grade auftrat, nicht in Abrede gestellt werden. Sie verlief ohne jede subjektive Erscheinungen und wurde beim Manne nur zufällig festgestellt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Hypertrophie und Pigmentation der Papillae filiformes und neben den gewöhnlichen Mundbakterien eine besondere Cladothrixform in grosser Menge und Hefepilze. Die Kulturen der Cladothrix zeigten oft eine mehr oder weniger deutliche Pigmentation, einmal gelang es Autor sogar eine vollkommen schwarze Cladothrixkultur auf Gelatine zu gewinnen. Therapeutisch wäre neben mechanischer Entfernung des Belags Bepinselung mit Desinfizientien zu versuchen.
J. Grünberg-St. Petersburg.

Beitrag zur Lehre von der schwarzen Zunge, von Schmiegelow. (*Hosp.-Tid.* 1896. No. 13.) Verfasser hat zwei typische Fälle von „schwarzer Zunge" beobachtet; durch Aussaat des abgeschabten Zungenepithels und Kultur auf Weifsbrodgelatine

bei Stubentemperatur gelang es ihm drei chromogene Pilze zu isolieren, welche Rostrup (Botaniker) näher bestimmte: 1. teerschwarzer Pilz (Trichosporum chartaceum), 2. chokoladenbrauner Pilz (Oospora ruberrima), 3. schwarzer Pilz (Hormodendron cladosporioides). No. 1 und 2 wurden von dem einen Fall reinkultiviert, No. 3 von dem anderen. Da es auch anderen Verfassern (Ciaglinski-Hewelke, Sendziak) gelungen ist, chromogene Pilze nachzuweisen — wenn auch nicht dieselben in den verschiedenen Fällen — acceptiert Verfasser die Lehre vom parasitischen Ursprung als die natürlichste, pathogenetische Erklärung, indem man sehr wohl annehmen kann, dafs verschiedene chromogene Pilze dieselbe wachstumerregende und färbende Wirkung auf das Zungenepithel haben können. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Harnuntersuchung einer Pemphiguskranken, von G. Fodor. (*Orvosi-Hetilap.* 1895. No. 3.) F. untersuchte den Urin einer an Pemphigus universalis leidenden Kranken, deren Nieren und Herz normal waren, Medikamente wurden nicht verabreicht, die Ernährung war eine beiläufig gleichmäfsige. Die Resultate seiner Untersuchungen ergaben folgendes: Der Urin reagierte stets sauer, die 24stündige Quantität schwankte zwischen 1180—2600 cm^3, das spezifische Gewicht 1005—1009. Bei der Bestimmung der festen Bestandteile zeigten die Chloride die stärkste Abnahme, welche kaum den fünften Teil des normalen Harnes ausmachten, der Reihenfolge nach kamen dann die Phosphate, Nitrogen und Sulphate. Die tägliche Untersuchung des Harnes auf pathologische Elemente ergab ein negatives Resultat. *A. Aschner-Budapest.*

Der Befund des Rückenmarks und peripherer Nerven bei einem Fall von Pemphigus foliaceus, von O. L. Bargum. (Leipzig 1896.) Der geschilderte Befund entstammt einem an Pemphigus foliaceus gestorbenen 46 Jahre alten Kranken. Das Rückenmark war ganz intakt; speziell erwiesen sich die Hinterstränge (Petrini), die Gollschen Stränge (Schwimmer und Babes), die Zellen der Hinter- und Vorderhörner als normal. Dagegen zeigt der vom N. peroneus superficialis abgehende Hautast beträchtliche Läsionen. Die meisten Fasern färben sich im Zupfpräparate nicht, *sind* bindegewebig degeneriert; die Markscheiden sind schollig zerfallen, Myelintropfen oder Körnchenzellen fehlen. Die Schnitte färben sich nach Weigert gelb, nur vereinzelte Fasern sind schwarz, mit Boraxkarmin diffus rötlich; nur vereinzelt findet man hellere Kreise mit rotem Achsencylinder. Peri- und Endoneurium sind normal. Leider konnten keine weiteren Hautnervenäste untersucht werden. Das Fehlen von Sensibilitätsstörungen spricht nicht gegen eine Degeneration derselben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die lokale Behandlung der Akne, von E. B. Bronson. (*New York med. Journ.* 28. März 1896.) Nach den neuesten Untersuchungen, namentlich Unnas, beruht Akne resp. Komedonenbildung auf einer Hyperkeratose der Follikel, wodurch zunächst das Orificium verstopft wird, und somit die Entwickelung eines Pfropfes in die Wege geleitet wird. Letzterer enthält aufser weniger wichtigen Bakterien (Diplokokken des Eccema seborrhoicum, flaschenförmige, ziemlich indifferente Kokken etc.) eine grofse Anzahl kleiner Bacillen, namentlich in den fettigen Teilen. Dagegen fehlen regelmäfsig die sonstigen bekannten Eiterkokken, woraus sich dann ein ganz naturgemäfser Unterschied zwischen Akne und Furunkel ergiebt. Dafs diese Hyperkeratose gerade zur Zeit der Pubertät am häufigsten auftritt, liegt in der physiologischen Entwickelung des menschlichen Körpers (Baarthaare etc.) Hiernach ergeben sich die Grundzüge der Behandlung ganz von selbst. Die Hyperkeratose, die ja freilich im Laufe der Jahre sich spontan vermindern würde, mufs beseitigt werden. Verfasser bedient sich einer eigens von ihm hierzu konstruierten Kurette mit mandelförmigem Lumen.

Durch einige kräftige Striche werden die hervorragenden Verhornungen glatt entfernt. Die Kurette dient zugleich zur Expression der Komedonen, von denen oft mehrere gleichzeitig mit einem einzigen Handgriff ausgedrückt werden können. Zur Beseitigung der Bacillen verwendet B. Sublimat und H_2O_2 oder Pyrozon in 3%ige Lösung. Diese Mittel werden vom Arzte selbst applizieret, während der Patient zu Hause sich mit Schwefel (R. Kalium sulphuric. und Zinc. sulphuric. ā 3,75, Aq. rosarum 75,0) und Resorzin (3—4%ig in Wasser mit oder ohne Alkohol) behandelt. Einpudern mit Talkum und dergl. hält Verfasser nach den anatomischen Verhältnissen und seinen praktischen Erfahrungen nicht für so gefährlich, wie man behauptet hat.

Philippi-Remscheid.

Zur Ätiologie und Histologie der Trichophytie (Sykosis parasitaria BAZIN), von KARL ULLMANN. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 18—20.) Nach einer litterarischen Übersicht giebt Verfasser den Bericht über 8 Fälle von Sykosis parasitaria, die klinisch und bakteriologisch, drei davon auch histologisch untersucht sind.

Die Pilzelemente finden sich nach Aufhellung in 30—60%iger Kalilauge rings um den Wurzelteil, oft auch höher als runde, seltener ovale Sporen von verschiedener Größe in Ketten oder Haufen; daneben sieht man meistens Mycelien dem Bulbus oder dem Haarschaft auflagernd. Nach längerer Maceration in 6%iger Kalilauge treten die Pilzelemente noch deutlicher hervor; daneben sieht man dann detritusartige Körnerhaufen und eigentümliche Gebilde, die Myelinkugeln ähnen. Tinktion hat keinen Vorteil. Stets lagen die Pilze ektotrichal, ohne in das Haar einzuwandern. In einzelnen Fällen fand man Pilzelemente auch im Eiter, in den Krusten und Borken. Zur Färbung bediente sich der Verfasser eigener Glasröhrchen mit trichterförmigem Ansatz und kugelig aufgeblasenem, siebförmig durchlöcherten Ende. Die Krusten werden mittelst Alkohol in die kugeligen Enden hineingeschwemmt, dann die Röhrchen in mit den Tinktionsmitteln gefüllte Reagensgläser gestellt. Mit Xylol lassen sich die gefärbten Stückchen aus den Röhrchen entfernen und kommen in ein Uhrglas, von wo sie dann in gewohnter Weise eingebettet werden. Als Färbungsmethode bewährte sich am besten die GRAM-WEIGERTsche, besser als die UNNA-WÄLSCHsche.

Die Kulturen wurden in üblicher Weise bei 20° C. gezüchtet, der geeignetsten Temperatur. Malzhaltige Nährböden, wie sie SABOURAUD empfiehlt, sind besonders zu empfehlen.

Von den beschriebenen Fällen ist hervorzuheben der letzte, der das typische Bild einer Impetigo contagiosa bot, bei dem aber die Kultur nur Fadenpilze ergab.

Alle gezüchteten Fadenpilze entsprachen dem Trichophyton megalosporon pyogène du cheval à culture blanche von SABOURAUD resp. dem Trichophyton farinaceum album von ROSENBACH. Der Ansicht des letzteren, daſs verschiedenen klinischen Formen verschiedene Pilze entsprechen, kann Verfasser durchaus nicht beipflichten. Zwei ältere Fälle erwiesen sich als Mischinfektionen. Durch diese, wie durch Virulenzveränderungen und individuelle Verhältnisse erklären sich die verschiedenen klinischen Gestaltungen der Trichophytie, die wohl nur graduell sich unterscheiden. Jedenfalls kann Eiterung durch den Trichophytonpilz allein, wahrscheinlich durch pyogene Stoffwechselprodukte, hervorgerufen werden; das beweist gerade der Fall mit dem klinischen Bilde der Impetigo contagiosa.

Die histologische Untersuchung ergab: Der Pilz dringt in die Haarfollikel ein, vermehrt sich, umspinnt den Haarschaft, dringt in die innere Wurzelscheide. Es entsteht dann eine Perifollikulitis, durch Anhäufung von mononukleären und polynukleären Leukocyten wird die Follikelhöhle erweitert, die Wandungen werden schlieſslich zerstört. Die Haare fallen aus, die Talgdrüsen gehen zu Grunde, es bilden sich Infiltrate in der Umgebung der Muskeln, Schweiſsdrüsen, im Stratum papillare

und subkutanen Fettgewebe. Die Epidermis wird abgehoben; zum Teil wird sie hyperplastisch, das Rete beginnt zu wuchern, es entstehen die bekannten papillomatösen Bildungen. Auffallend ist der Befund von Riesenzellen. Die Pilze findet man in frischen Fällen in dem Eiter, den Krusten und den Follikeln, später auch innerhalb des Exsudates in der Cutis und im subkutanen Zellgewebe. Bei alten Fällen mit papillomatösen Wucherungen sind in metastatischen, regionären Abscessen Pilzelemente zu konstatieren. Im Eiter der entstandenen perifollikulären Abscesse sieht man zum Teil degenerierte Sporen, aber nur zum Teil, da sie kulturell noch gedeihen.

Verfasser faſst die Trichomykosis nicht als spezifische Haarkrankheit auf; der Pilz benutzt den Follikel nur als Eingangspforte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bei der **Behandlung der Sykosis coccogenes** zieht Frèche allen anderen therapeutischen Maſsnahmen Einpinselungen mit 1%igem Sublimatalkohol vor, welche das Rasieren und die Epilation überflüssig machen. Die Lösung wird 2—3 mal täglich mittelst Pinsel auf die affizierten Stellen aufgetragen und vorzüglich vertragen. Zur Unterstützung läſst F. nachts eine Salbe aus Theer 1,0, Acid. salicyl. oder Resorcin 0,5, Axungia 10, applizieren, welcher nicht allein die Krusten auflöst, sondern auch aktiv wirkt. Drei Krankengeschichten illustrieren die ausgezeichneten Resultate der Sublimatbehandlung. (*Ann. de la Policlinique de Bordeaux.* 1896. No. 33.)

C. Müller-Wallisellen.

b. *der Cutis.*

González Tánago y Garcia beschreibt (*Revista clinica.* 1896. No. 10) einen Fall von **Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi,** wie dieselbe von Kaposi beschrieben wurde. *C. Müller-Wallisellen.*

Über die epidemische Stomatitis, die im Sommer 1895 in Wilna geherrscht hat, von L. Stembo. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 23.) An der Hand der in Wilna beobachteten Fälle entwirft Verfasser ein Bild der epidemischen Stomatitis. Hier möchte ich nur hervorheben, was der Verfasser über den in 5% der Fälle, häufiger bei Frauen und Kindern, auftretenden Hautausschlag sagt. Er tritt gewöhnlich an Vorderarmen und Unterschenkel, aber auch am Oberarm und Rumpf auf und zeigt einen masernähnlichen Charakter. Selten sieht man Urticaria. In schweren Fällen kommt es zu Petechien. Zuweilen wurden bis erbsengroſse Bläschen beobachtet, deren Sitz besonders Finger und Zehen, Nagelrand, Präputium, Labia majora und bei stillenden Frauen die Mammae waren. Die Bläschen sind ungedellt, der Inhalt milchartig; sie sitzen oberflächlich und schwinden in wenigen Tagen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gangitano beschreibt einen Fall von **Staphylokokkämie infolge von Furunkulose.** Die Frau hatte vor einiger Zeit geboren, als sich in der Umgebung des Mundes ein Furunkel einstellte, der zu den heftigsten lokalen und allgemeinen entzündlichen Erscheinungen führte; exitus letalis nach wenigen Tagen. Die Sektion ergab miliare Staphylokokkenabscesse in fast allen inneren Organen, und in Übereinstimmung damit wurden in denselben auch mikroskopisch und bakteriologisch Staphylokokken (St. pyog. aur.) nachgewiesen; unter anderem fanden sich solche sehr zahlreich in den Ausführungsgängen der Milchdrüsen. Der Umstand, daſs das Kind, welches bis zur Überführung der Frau ins Spital, von der Mutterbrust ernährt worden war, nicht den geringsten Schaden gelitten hatte, beweist die Unschädlichkeit des Staphylococcus, wenn dieser ausschlieſslich auf dem Wege des Darmkanals in den Körper tritt. (*Rif. med.* 1896. No. 112 u. 113.) *C. Müller-Wallisellen.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis pyaemica, von E. Finger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 25.) Während Kaposi und andere noch die meisten pyämischen Erytheme als „toxisch-angioneurotische" bezeichnet, haben der Verfasser, Unna, Widal, Therèse gezeigt, dafs es sich in ihren Fällen um Metastasen bakteritischer Natur handelt, was Singer auch für die Roseola typhosa bewiesen hat. Die Dermatitis pyaemica tritt unter so verschiedenen Bildern auf, dafs ihre Zusammenfassung schwer ist. Verfasser bespricht zunächst die „Dermatitis pyaemica circumscripta suppurans (Pseudofurunculosis)". Vom Furunkel nimmt nur Leloir an, dafs er als Metastase auftreten kann. Escherich glaubt, dafs die multiplen Furunkel der Säuglinge durch Staphylokokkeninfektion von der Haut entstehen; das Eindringen der Kokken von der Blutbahn her hält er für sehr unwahrscheinlich. Verfasser führt zwei Fälle auf, in denen doch die Hautinfektion auf diesem Wege erfolgt ist. Bei den Kindern mit multipler Furunculosis, die septisch zu Grunde gingen, fand man zahlreiche kleine Abscefschen im subkutanen Fettgewebe, über welche die Cutis noch unverändert hinwegzog. Diese kleinen Herde gruppierten sich um die Blutgefäfse, ihre Entstehung durch Infektion auf dem Wege der Blutbahn ist bei der Intaktheit der Cutis, speziell der Follikel und Talgdrüsen sicher.

Die meisten pyämischen Dermatitiden zählen wohl zur Dermatitis multiformis pyaemica, das Erythema multiforme pyaemicum, das Erythema papulatum bei Diphtherie (Finger), die Phlyctaenosis streptogenes und staphylogenes (Unna), dann zwei hier wiedergegebene weitere Fälle. Im ersten sah man zahlreiche Papeln und Pusteln bei einer Frau mit Endocarditis acuta, welche histologisch sich als miliare Abscesse der tiefen Schichten des Stratum reticulare darstellten, ganz unabhängig von Follikeln und Talgdrüsen. Die benachbarten Blutgefäfse sind erweitert, erfüllt mit Blutkörperchen oder Fibrin, umgeben von einer eiterigen Infiltration. Die Kultur ergab Staphylococcus pyogenes aureus. Im zweiten Falle treten Flecke und Bläschen bei einem an schwerer Halsphegmone erkrankten Patienten auf, der daran zu Grunde geht. Diese Flecken und Pusteln beruhen auf einer Dermatitis mit der Tendenz zur Bildung perifollikulärer, miliarer Pusteln. Daran reiht Verfasser dann einen Fall von Dermatitis pyaemica haemorrhagica an, welche entstand bei einem Patienten, der an Endocarditis ulcerosa post bubonem zu Grunde ging. Zuerst entstanden Erythemflecke, dann Hämorrhagien. Die ausschliefsliche Verbreitung der Kokken in der Haut und in den Blutgefäfsen, der mikroskopische Befund lassen die metastatische Entstehung als zweifellos annehmen.

Es giebt also eine bakteritische, pyämische Dermatitis metastatischer Natur, die sich auszeichnet durch bedeutende Polymorphie. Die Hämorrhagien entstehen erst dann, wenn die Kokkenembolien der Blutgefäfse zu einer Zerstörung der Wandungen geführt haben. Aufserdem giebt es pyämische Hämorrhagien ohne jede Hautentzündung, die auf andere Weise entstehen müssen. Eine Trennung der staphylogenen Formen von der streptogenen, wie sie Unna durchführt, glaubt Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen noch nicht vollziehen zu können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Feststellung der **bakteriologischen Diagnose des Ulcus molle** empfiehlt Colombini folgendes Verfahren: Nachdem das Ulcus mit sterilisierter Gaze gereinigt worden, wird der Geschwürsgrund mittelst stumpfrandigem Spatel vorsichtig abgeschabt, so dafs keine Hämorrhagie entsteht. Das auf diese Weise gewonnene Material wird auf ein Deckgläschen gebracht, mit einem zweiten Deckgläschen ausgebreitet, worauf beide Deckgläschen vorsichtig getrennt werden. Die bestrichenen Gläschen läfst man unter einer Glasglocke bei gewöhnlicher Temperatur eintrocknen. Die Fixierung geschieht mittelst einem Gemische von Alkohol und Äther, oder mit einer Sublimat-

lösung (Sublimat 3—5,0, destill. Wasser 100, krystall. Essigsäure 1,0), wo die Gläschen 1—2 Minuten verbleiben und hierauf mit Wasser abgespült werden. Die Färbung geschieht am besten mit Methylenblau (nach Boeck oder Unna), oder kombiniert nach Gram und mit Fuchsin. Neben dem Ducrey-Unnaschen Bacillus findet man in den so hergestellten Präparaten meist auch andere, von ersterem leicht zu unterscheidende Bakterienformen, wie z. B. das Bacterium cutis commune (Nicolle, Colombini). C. legt ein grofses Gewicht auf die Art der Gewinnung des Eiters, ohne welche die spezifischen Bacillen nur schwer in ihrer charakteristischen Gestalt und Gruppierung (Kettenform) dargestellt werden können. (*Gaz. d. Ospedali.* 1896. No. 25.)

C. Müller-Wallisellen.

Extragenitale Ulcera mollia, von Rud. Krefting. (*Norsk Magasin for Lægevidenskaben.* Februar 1896.) Verfasser teilt 7 solche Fälle mit, davon 4 aus Prof. Boecks Hospitals - Abteilung in Christiania. Bei 6 Patienten waren sie durch Autoinokulation von Ulcera genitalia verursacht und hatten ihren Sitz am Sternum (2 Ulc.), rechten Handrücken (ein grofses Ulcus molle serpiginosum), rechten Daumen, rechter Seite der Brust, linken Mittelfinger (5 Ulcera, durch Infektion einer Kontusion von diesem Finger) und linken Unterarm (2 Ulcera). In den 4 ersten Fällen wurde Probeinokulation gemacht und, wie auch in dem fünften Falle, wurden Ulcus molle-Bacillen mikroskopisch nachgewiesen. Der siebente Patient hatte nur ein extragenitales Ulcus molle am rechten Zeigefinger, und hatte früher ebenfalls nicht Ulcus genitale gehabt. Das Ulcus sollte angeblich von einem Eisensplitter herrühren; es war aber doch die Möglichkeit einer venerischen Infektion vorhanden. Probeinokulation und Nachweis der Ulcus molle-Mikrobien bestätigten die Diagnose.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Als besondere Merkmale des **weichen Schankers am Kopfe** hebt Fournier (*Indépendance méd.* 1896.) hervor, dafs er nur geringe Ausbreitung zeigt, nicht tief in die Gewebe greift, nur solitär vorkommt und rasch aber gutartig verläuft. Die diagnostischen Schwierigkeiten, welche hieraus erwachsen können, lassen sich öfters einzig durch die Autoinokulation lösen. *C. Müller-Wallisellen.*

Über Ulcera contagiosa in der Harnröhre (Harnröhrenschanker), von Moritz Schönfeld. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 25.) Die Urethralschanker entziehen sich leicht der Diagnose. Äufsere Kennzeichen derselben sind: zunehmende Leistendrüsenschwellungen, blutiger, dicker Auflufs, entzündliche Schwellung der Lymphgefäfse des Penis. Sicher diagnostiziert können sie nur durch das Endoskop werden. Das weiche Geschwür präsentiert sich als scharf umschriebenes, oblonges, steil abfallendes Geschwür mit grau-speckigem, fest haftendem Belag. Sein Lieblingssitz ist vom Orificium externum bis zur Fossa navicularis. Zuweilen sind kleinere, kürzere und dünnere Endoskope in solchen Fällen nötig (warum d. Ref.) Verfasser teilt 3 Fälle solcher Urethralschanker mit; der erste wies 7 Geschwüre auf. Alle zeigten starke Schwellung des Penis, Lymphangitis dorsalis, Adenitis inguinalis. Zur Therapie wurden verwendet: Cupr. sulf. (5%), Arg. nitr., Carbol etc.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kasuistik des Ulcus molle in der Harnröhre, von J. Goldenberg. (*Hospitalstg. Botkins.* 1896. No. 8.) Nach Meinung des Autors spielen zwei Faktoren mit. Das chankröse Gift tritt in die Harnröhre: 1. da dieselbe während der Erektion eine hohle luftleere Röhre vorstellt, in die das Virus aus der Vulva leicht eintreten kann. 2. dank der wellenartigen Kontraktionen des Penis nach dem Moment der Ejakulation. Autor fügt 7 Fälle einer schankrösen Affektion der Urethra an.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Über die günstige Einwirkung von Jodkalium auf die Heilung des Ulcus molle, von A. Lanz. (*Russ. med. Rundsch.* 1896. No. 2.) Dafs Jodkalium günstig die Behandlung des Ulcus molle bei syphilitischen Subjekten beeinflufst, ist begreiflich, Autor führte aber noch einen Fall an, wo ein Ulcus molle allen Mittel Trotz bot. Eine Jodkaliumlösung, die einen Monat nach der Infektion ordiniert wurde, beeinfluſste die Heilung auffallend; die Wunde schwand nach zehntägiger Anwendung. Bei Jodkaliumanwendung kann die lokale Behandlung eine ganz indifferente sein. Lanz behauptet zum Schlusse, dafs Jodkalium spezifisch wirke.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Zur Behandlung der Inguinalbubonen mittelst Einstich mit nachfolgender Injektion von Argentum nitricum-Lösung, von Timofeew. (*Milit.-Med. Journ.* Januar 1896.) Autor wandte die Lang- und Laubsche Methode bei 30 Patienten an, die er je nach dem Grade der Infektion und dem Resultate der Behandlung in drei Kategorien teilt. Bei 8 Kranken, mit geringem Bubo und schwacher Entzündung, trat die Heilung nach 5 Injektionen im Durchschnitt in 6—14 Tagen ein. Zur zweiten Kategorie gehören 10 Kranke mit umfangreichen Bubonen und starker Periadenitis. Hier trat Heilung erst nach 17—30 Tagen und 11—17 Injektionen ein, also nicht früher als nach der alten üblichen Methode mit breitem Einschnitt. Hier wurde auch schon eine 2%ige Argentum nitricum-Lösung angewandt. Zur dritten Kategorie zählt Autor 12 Patienten, bei denen die Behandlung nicht zu Ende geführt werden konnte wegen eingetretener Komplikationen: in einem Falle war die Umgebung des Einstichs wie zerfressen von dem ausfliefsenden serös-eiterigen Sekret und hatte sich bis zu 2 cm vergröfsert (von 3 mm breitem Einstich), so dafs die eingespritzte Lösung sofort wieder ausfloſs, in anderen floſs dieselbe aus Fisteln aus, die sich oberflächlich von der Wunde aus gebildet hatten. Hier wurde Jodoformbehandlung angeschlossen. T. hält diese Einstichmethode nur bei kleinen Bubonen für empfehlenswert, bei grofsen ist sie wegen des grofsen Prozentsatzes von Komplikationen (55%) ganz untauglich. Auch was Schmerzlosigkeit und Entstellung betrifft, die an dieser Körperstelle wohl weniger in Betracht kommt, hat diese Methode vor der alten keinen Vorzug.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Über Pemphigus vegetans (Nachtrag zu der Arbeit im *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 53. S. 63), von Heinrich Köbner. In der in dieser Zeitschrift berichteten gröfseren Arbeit gab der Verfasser unter anderen auch die Krankheitsgeschichte eines Patienten mit Pemphigus vegetans der Mundhöhle, der Genitalien, der Genitokrural- und Perinealgegend, der damals geheilt wurde. Leider war die Heilung, wie der Nachtrag berichtet keine dauernde, da nach 3 Jahren ein Recidiv eintrat. Es stellten sich Abschilferung an der Kopfhaut, Blasen im Gesicht, an der Brust, auf dem Rücken, an Lippen, Zunge und Gaumen, später am Scrotum, Femoralfalte, Oberschenkel ein. Fungöse Wucherungen entstanden nicht, die Stellen überhäuteten, aber neue entstanden. Der Patient ging dann bald zu Grunde.

Daran schliefst der Autor die Erwähnung eines weiteren schweren Falles von malignem Pemphigus vegetans an, der ein junges blühendes Mädchen betraf. In diesem Falle zeigte sich wieder, wie sich bei diesem Leiden Jodkalium als schädlich erweist, indem es stürmische Blasenausbrüche hervorruft.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Pemphigus vegetans Neumann, von G. Vigler. (*Milit.-Med. Journ.* Februar 1896.) Patient, Beamter, 40 Jahre alt, nervös und häufig an Migräne leidend, bemerkte vor 1½ Jahren das Auftreten von kleinen Bläschen an Schulter und

Brust, die später platzten und eintrockneten. Die Entwickelung derselben war mit heftigem Juckreiz verbunden. Ebensolche Bläschen traten bald darauf auch im Munde auf und hinterliefsen Rhagaden. Der Zustand der Mundschleimhaut wurde bald schlechter, bald besser, doch war jede folgende Verschlimmerung viel stärker ausgesprochen, als die vorherige. Weiter traten grofse Blasen am Körper auf. Die objektive Untersuchung ergab folgendes: Die Schleimhaut des Mundes und Rachens hyperämisch, geschwollen und fast ganz des Epithels beraubt. Die Erosionen zum Teil eiterig belegt und leicht blutend. Der gleiche Zustand an Gaumen, Lippe und Zunge. Die Mundöffnung von gelblich-braunen Krusten begrenzt, so dafs Patient nur mit Mühe und Schmerzen den Mund öffnen kann. Starke Salivation und stinkender Foetor ex ore. Der Körper von Blasen von Erbsen- bis Nufsgröfse bedeckt, die rund, gespannt mit heller und trüber Flüssigkeit gefüllt und von einem deutlichen schmalen roten Hof umgeben sind. Zugleich viele zerstreute, begrenzte Hautabschürfungen, 1—2 cm und darunter im Durchschnitt, von feuchter roter Farbe, leicht blutend und schmerzhaft bei Berührung. Die Bläschen und Hautabschürfungen stehen teils einzeln, teils in Gruppen, mehr am Rücken, weniger an der Brust und den anderen Körperregionen. In den Inguinalgegenden papilläre Wucherungen, an Framboesia syphilitica erinnernd. Am Hodensack und Perineum, sowie am Anus Wucherungen, die viel Ähnlichkeit mit nässenden Papeln haben. An Körperstellen, die keinem Reiz ausgesetzt sind, runde Pigmentflecke in geringer Anzahl, Reste gewesener Bläschen.

Das Krankheitsbild bietet viel Ähnlichkeit mit Syphilis, wie die nässenden Papeln, das symmetrische Befallensein der Körperteile, die an Framboesia syphilitica erinnernden Wucherungen, Vorhandensein der Blasen an der Planta und Palma manus etc., und doch mufs diese Erkrankung ausgeschlossen werden: es fehlen die dicken syphilitischen Krusten und Geschwüre, das Auftreten der Bläschen in stets derselben Form und Art, endlich die völlige Unwirksamkeit der spezifischen Kur. Die Diagnose mufs daher auf die so äufserst seltene Erkrankung an Pemphigus vegetans hingeleitet werden. Nach Crocker sind 13 Fälle beobachtet worden, alle mit tödlichem Ausgange; ebenso der Väglersche Fall. Autor stellt die Ätiologie in Abhängigkeit von Störungen im Zentralnervensystem und zwar auf Grund folgender Überlegungen: 1. Patient ist nervös beanlagt. 2. Der Krankheit gingen moralische Erschütterungen voraus. 3. Im Krankheitsverlaufe war eine strenge Symmetrie, Gleichmäfsigkeit, Folgerichtigkeit im Auftreten der Eruption zu konstatieren. Ein stärkeres Befallensein der oberen Körperhälfte und gegen Ende der Krankheit ein Prävalieren der Affektion auf der linken Körperhälfte. 4. Die Obduktion ergab: Pachymeningitis extr., Leptomeningitis, eine deutliche Hyperämie der rechten Hemisphäre mit stärkerer Ausbildung einiger Gefäfse. *J. Grünberg-St Petersburg.*

Einen Fall von Mykosis fungoides zeigt Krey. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 11.) Das weitverbreitete polymorphe Exanthem zeigt teils die Form eines impetiginösen Ekzems, teils bogenförmige, geschwulstartige Erhabenheiten und erinnert an das Bild einer juckenden und maltraitierten Lues. Diese scheint auch anamnestisch vorhanden zu sein, dennoch handelt es sich nicht um Lues, sondern um Mykosis fungoides, die unter starkem Jucken mit dem Auftreten ekzematoider Infiltrationen vor $2^1/_2$ Jahren begann. Das Hervortreten runder, zentral ohne Narben abheilender, nicht ausgebuchteter oder nierenförmiger Begrenzung, ohne Papeln, das stetige Fortschreiten des Leidens spricht für die Diagnose. Da Jodkalium auch bei dieser vorübergehende Involutionen machen kann, mufs man in der Diagnose doppelt vorsichtig sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In einem Vortrage **über das Vorstadium der Mykosis fungoides** macht DE CASTEL darauf aufmerksam, dafs jede hartnäckige, pruriginöse Dermatitis zweifelhafter Natur den Verdacht auf jene Affektion lenken müsse. (*Indépend. méd.*)

C. Müller-Wallisellen.

Unter 31 Fällen von **Erysipel** hat PERTAT folgende **Erythemformen** konstatiert: 11 Mal einfaches Erythem, 7 scharlachförmige, 3 papulöse, 1 Urticaria, 7 Purpura, 2 polymorphe Eruptionen. (*Gaz. hebdom. de méd. et de Chirurg.* Juni 1896).

C. Müller-Wallisellen.

LUST berichtet über eine auffallend rasche Heilung eines schweren **Erysipels** (das sich in kurzer Zeit über den ganzen Kopf verbreitet hatte) mittelst **Injektionen von Antistreptokokkenserum** (MARMOREK). (*Presse méd. belge.* 1896. No. 15.)

C. Müller-Wallisellen.

Zur Behandlung des Erysipels mit Vaselin, von H. KÖSTER. (*Therap. Monatsh.* 1896. Heft 6.) Verfasser kommt nach Vergleich aller bis dahin bekannten Behandlungsmethoden beim Erysipel zu folgenden Resultaten:

1. Die Dauer des Fiebers bei der Vaselinbehandlung vom Beginn desselben an, ist dieselbe wie bei den übrigen hier angewendeten Methoden mit Bleiwasser, Jodpinselung, Ichthyolvaselin und Sublimatlanolin.

2. Bei der Vaselinbehandlung tritt ein Weiterschreiten des Prozesses nach begonnener Behandlung ungefähr ebenso oft auf wie bei den übrigen Methoden; keine derselben vermag mit Sicherheit den Prozefs aufzuhalten, denn bei allen sind Fälle mit stetiger Verbreitung über den gröfsten Teil der Körperoberfläche vorgekommen.

3. Die Komplikationen bei der Vaselinbehandlung, besonders die phlegmonösen Prozesse, sind nicht öfter bei derselben als bei den übrigen Methoden aufgetreten.

4. Die Vaselinbehandlung verdient vor den anderen Methoden den Vorzug, da dieselbe frei von allen unangenehmen Nebenwirkungen ist.

L. Hoffmann-Berlin.

DUBOIS-HAVENITH beobachtete bei einem 17jährigen skrophulösen Mädchen ein seit mehreren Jahren öfters wiederkehrendes **erysipelartiges Ödem des Gesichts.** Die Anfälle dauerten zuweilen nur 2—3 Tage und bestanden in einem plötzlichen Anschwellen der Wangenhaut mit Rötung, lokaler und allgemeiner Temperaturerhöhung, sowie gastrischer Beschwerden; das Ödem dehnte sich jeweilen über das ganze Gesicht aus. Verfasser meint, dafs es sich vielleicht um eine vasomotorische Innervationsstörung handeln könnte. (*La Policlinique.* 1896. No. 9.)

C. Müller-Wallisellen.

ALESSANDRO beschreibt (*Il Policlinico.* 1896. No. 4) einen **Fall von Elephantiasis des Beines mit Papillombildung am Fufse infolge von Erysipel.** Die Entstehung des Papilloms glaubt Verfasser nicht der Einwirkung der spezifischen Keime des Erysipels oder deren chemischen Produkten zuschreiben zu müssen, indem das Erysipel nur die prädisponierende Ursache zu seiner Entstehung gebildet habe. Als fernere zur Entstehung von Neubildungen prädisponierende Momente führt er an: akute und chronische Entzündungen, Traumen, chemische Reize etc. In Betracht kommen ferner Mikroorganismen.

C. Müller-Wallisellen.

Über Pustula maligna mit sekundärer hämorrhagischer Infektion, verursacht durch einen spezifischen Bacillus, von BABES und POP. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 4.) Der Patient litt an einer Pustula maligna am Nacken und

starb unter den Erscheinungen akuter Sepsis mit zahlreichen Ekchymosen. In der Pustel fanden sich Anthraxbacillen, diese hatten die Pustel aber nicht verlassen, sondern ein anderer Bacillus hatte die septisch-hämorrhagische Entzündung und den Tod verursacht. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Lichenfrage. In seinem Referat für den internationalen medizinischen Kongreſs in Rom kommt J. Neumann zu folgenden Schlußsätzen.

1. Die alte Willansche Einteilung der Lichenes ist gänzlich aufzulassen; Lichen agrius ist Eccema papulosum, Lichen lividus ist Purpura papulosa, Lichen pilaris ist Hyperkeratosis, Lichen urticatus ist Urticaria papulosa.

2. Der Lichen scrofulosorum ist in besonderer Form aufrecht zu halten. Er kommt nur bei Skrophulose sowie schon in den ersten Lebensmonaten neben tuberkulöser Infiltration der Lunge vor. Der Nachweis von Tuberkelbacillen hat seine Existenzberechtigung gefestigt.

3. Der Lichen ruber Hebra besteht in derselben Bedeutung, die ihm sein Entdecker gegeben. Der Ausdruck „acuminatus" von Kaposi kann zur Unterscheidung von Lichen planus beibehalten werden.

4. Der Lichen planus gehört, ebenso wie der Lichen acuminatus, mit welchem er zuweilen kombiniert vorkommt, in die eigentliche Gruppe der Lichenes.

5. Die Pityriasis rubra pilaris ist eine für sich bestehende Krankheit, die mit dem Lichen ruber nur einzelne klinische Merkmale gemein hat, sich aber durch die Art der Knötchen und den Verlauf, gleichwie durch die anatomischen Veränderungen unterscheidet. (Hinsichtlich der näheren Präcisierung der Unterscheidungsmerkmale der beiden Erkrankungen sei auf das Original verwiesen. Wien 1894. Im Selbstverlag des Verfassers, ferner *Allg. Wien. med. Ztg.* 1894. XXXIX.)

H. Einhorn - München.

NOV 25 1897

Über Noma, von Lyder Nicolaysen. (*Norske Magas. for Lægevidenskaben.* Februar 1896.) Verfasser unterwarf zwei Fälle von Noma einer sorgfältigen bakteriologischen Untersuchung. In den Kulturen entwickelte sich ein Bacillus, welcher nach Verfassers Meinung in beiden Fällen identisch war, und den er als verschieden von Schimmelbuschs Nomabacillus betrachtet; er zieht keine absoluten Schlüsse aus seinem Fund. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Rhinosklerom, von W. Freudenthal. (*New York med. Journ.* 1. Februar 1896.) Diese Affektion scheint in Amerika sehr selten zu sein, wenigstens waren in den Vereinigten Staaten von Nordamerika bis zum Jahre 1893 nach Jackson erst drei Fälle publiziert worden. Verfasser giebt einen ausführlichen Bericht über einen vierten importierten Fall, sowie eine kurze Erwähnung einer Autopsie, welche wahrscheinlich dasselbe Leiden betraf. Beim ersteren handelte es sich um einen 45jährigen Schneider aus Galizien, Israel (Jakob) Scher. Die Affektion begann vor 12—13 Jahren als eine erbsengroſse Wucherung auf der rechten Seite der Nase. Zur Zeit zeigt diese eine hochgradige Verdickung, besonders der rechten Seite, welche die Gröſse etwa eines Hühnereis erreicht hat, und es sind alle charakteristischen Zeichen des Leidens (elfenbeinartige Härte etc.) vorhanden. Seit ca. 5 Jahren hat Patient häufig an Atemnot gelitten. Dieselbe war derart, daſs die Tracheotomie und das fortgesetzte Tragen einer Kanüle nötig wurde. Die Schleimhaut des ganzen Larynx und Pharynx zeigt eine enorme Verdickung. Syphilis konnte bestimmt ausgeschlossen werden, und die Diagnose wurde noch durch den Nachweis der bekannten Bacillen gesichert. Es sollte ein Versuch mit Rhinosklerin gemacht werden, doch wurde vom Patienten, trotzdem er durch das Leiden sehr heruntergekommen war, jeglicher

weitere Eingriff abgelehnt. Verfasser betont noch seine, auch von anderen verfochtene Ansicht, dafs dies Leiden mit Chorditis inferior und der Störckschen Blennorrhoe des Larynx identisch sei. *Philippi-Remscheid.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über das Vorkommen von Blastomyceten in den Epitheliomen und ihre parasitäre Bedeutung, von Binaghi. (*Il Policlinico.* 1896. No. 9.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. In den Epitheliomen kommen konstant parasitäre Gebilde vor, welche sich scharf von den übrigen Gewebselementen und anderen zufällig vorhandenen Körpern unterscheiden.

2. Diese Gebilde sind wegen ihrer morphologischen Eigenschaften, ihrer spezifischen Färbbarkeit und der Einwirkung chemischer Agentien auf dieselben mit den Blastomyceten identisch.

3. Sie kommen in anderen pathologischen Geweben nicht vor.

4. In Anbetracht ihrer Beziehungen zu den Elementen der Neubildung, ihrer regelmäfsigen und fixen Verteilung in denselben, lassen sie als die spezifischen Erreger der Epitheliome erscheinen, da sie keineswegs als accidentelle Körper betrachtet werden können. *C. Müller-Wallisellen.*

Eine neue Art von Blastomyceten isolierte Roncali aus einer epitheliomatösen Zunge und aus den Achselhöhlenmetastasen eines Sarkoms der Brustdrüse. Dieselbe ist dem Saccharomyces lithogenes von Sanfelice sehr ähnlich, indem es die gleichen Degenerationsprozesse in den Geweben (beim Meerschweinchen) aufweist und für Tiere pathogen ist. Die Arbeit des Verfassers soll einen Beitrag zur Ätiologie der malignen Neubildungen liefern. (*Il Policlinico.* 1896. No. 9.)

C. Müller-Wallisellen.

In seinen Untersuchungen **über eiterige Prozesse in der Vorgeschichte der Krebskranken** kam Lambotte zu dem Resultate, dafs sich unter 722 Carcinomatösen nur 36 (= 5%) fanden, welche vor ihrer Erkrankung an eiterigen Affektionen (Anthrax, Furunkel, Abscesse, Phlegmonen) gelitten hatten. Von den beiden Hypothesen, welche zur Erklärung dieser Thatsache herbeigezogen werden könnten, dafs nämlich entweder 1. die Krebskranken eine angeborene Immunität gegenüber Eitererregern besitzen oder 2., dafs die eiterigen Prozesse gegen spätere carcinomatöse Infektion immunisieren, hält er die letztere für wahrscheinlicher. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 35.) *C. Müller-Wallisellen.*

Zur Frage der Behandlung der malignen Neoplasmen mittelst Erysipeltoxins, von F. Koch. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 7.) Verfasser hat an Wolffs Privatklinik vier Fälle von inoperablen Tumoren (drei Karcinome, ein Fibrosarkom) mit Einspritzungen des Coley'schen Erysipeltoxins behandelt, ohne einen Heilerfolg zu erzielen. Allerdings war in dem einen Falle (Fibrosarkom) die Geschwulst ein klein wenig weicher und kleiner geworden, aber diese Hoffnung auf Besserung hatte nur kurze Zeit stand gehalten. *F. Hahn-Bremen.*

Brigidi beschreibt einen **Fall von Hautsarkomatose** bei einem 50jährigen Manne. Von frühester Kindheit an waren bei ihm rote Flecken an verschiedenen Körperstellen aufgetreten, verschwanden dann jeweilen nach einiger Zeit, um später wieder zu erscheinen. 1890 war Patient von einer äufserst hartnäckigen Urticaria gequält, welche aller Behandlung trotzte; beinahe die ganze Körperoberfläche war

verdickt und wies zahlreiche mehr oder weniger voluminöse Papeln auf, die sich stellenweise zu grossen Plaques vereinigten. Aufserdem bestanden ausgedehnte Lymphdrüsenschwellungen, heftiges Jucken. Die eigentliche Neubildung zeigte sich zuerst (1894) auf der Stirn, überzog dann in Form von nufs- bis hühnereigrofsen Tumoren das Gesicht bis auf den Hals, zu welcher Zeit dann suffokatorische Erscheinungen auftraten und Patient starb.

Verfasser glaubt, dafs die vorangegangenen neuroparalytischen Erscheinungen (Urticaria etc.) auf einen reizenden Prozefs in den Sympathicus-Ganglien zurückzuführen seien. Infolge der durch das Kratzen entstandenen multiplen Kontinuitätstrennungen auf der Haut wären dann Mikroorganismen in die Zirkulation getreten und hätten auch die Drüsenschwellungen und die Sarkomatose erzeugt.

Histologisch erwies sich die Neubildung als ein kleinzelliges, peritheliales Sarkom. (*Il Morgagni.* 1896. No. 3.) *C. Müller-Wallisellen.*

Sengenssr berichtet über einen Fall von **Carcinom der Brustdrüse beim Manne.** (*Ann. de la policl. de Bordeaux.* 1896. No. 32.) *C. Müller-Wallisellen.*

Lokale Anwendung von Antimontrichlorid in einem Falle von Epitheliom des Gesichts, von John O. Palmer. (*Med. Record.* 11. Juli 1896.) Eine 81jährige Dame hatte ein Epitheliom, welches sich vom linken Ohr bis zum linken Auge ausdehnte. Auf Empfehlung von Carter S. Cole in New York wurde das grofse Geschwür mit Antimontrichlorid (Antimonchlorür) bedeckt, welches zu gleichen Teilen mit Wasser gemischt war. Es wirkte wie ein starkes Ätzmittel. Es gelang, das Geschwür zur Heilung zu bringen. *J. Appel-Altona.*

Delore beschreibt (*Lyon méd.* 1896. No. 18.) einen **Fall von primärem Epithelioma sebaceum** des Oberschenkels bei einer 50jährigen Patientin. Dasselbe erreichte eine Circumferenz von 51 und eine Höhe über das Hautniveau von 7 cm. Ein etwas kleinerer Tumor derselben Natur bestand in der Inguinokruralfalte.
C. Müller-Wallisellen.

Bericht über einen **Fall von Epithelialcarcinom der Nase von dreijähriger Dauer,** dessen Behandlung und Heilung, von C. R. Weed. (*Med. News.* 25. Jan. 1896.) Eine 75jährige Frau zeigte auf dem rechten Nasenflügel einen typischen Krebs mit Nestern etc. in der Ausdehnung von 1 Zoll Länge und $^3/_4$ Zoll Breite. Da jegliche andere Behandlung abgelehnt wurde, beschränkte sich W. auf die zuerst von ihm angewandte ausgiebige Ätzung mit Trichloressigsäure (nach vorheriger Kokainisierung) und Umschläge mit Zinkchlorid (0,6 : 30,0). Die Behandlung wurde mehrere Monate lang mit wechselndem Erfolge fortgesetzt, doch sieht schliefslich die Haut, abgesehen von einer kleinen Depression, jetzt völlig normal aus. *Philippi-Remscheid.*

Dor beschreibt (*Lyon méd.* 1896. No. 27) den histologischen Befund eines **Meibomschen Epithelioms des Augenlidknorpels:** In einem von kleinzelliger Infiltration durchsetzten Stroma lagen Haufen von epithelialen Zellen, deren Beschaffenheit mit derjenigen der Meibomschen Drüsen übereinstimmten und offenbar auch von diesen letzteren abstammten; Gefäfse normal. *C. Müller-Wallisellen.*

Multiple Talgdrüsentumoren, von Rafin. (*Lyon méd.* 1896. No. 18.) Rafin beobachtete bei einem 42jährigen Manne eine grofse Menge erbsen- bis nufsgrofser Tumoren, die sich langsam auf der Kopfhaut, der Rücken-, Sternal-, Inguinoskrotalgegend und der äufseren Fläche eines Armes entwickelt hatten. Die histologische Untersuchung ergab, dafs es sich um tubulöse Pflasterzellenepitheliome handelte, doch

konnte aus der Beschaffenheit der Zellelemente nicht festgestellt werden, ob sie von den Talg- oder Knäueldrüsen stammten. *C. Müller-Wallisellen.*

Hugounenq und Paviot haben im Gewebe von **Chloromen** und gewissen anderen Tumoren eine Substanz entdeckt, die sich unter der Wirkung der Guaiaktinktur und des Paraphenylendiamins blau färbte, durch Hitze von 100° aber wieder entfärbte. Sie glauben, dafs es sich um eine oxydierende Diastase handle. (*Lyon méd.* 1896. No. 18.) *C. Müller-Wallisellen.*

Über Endotheliome, von Hansemann. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 4.) Verfasser demonstrierte in der Freien Vereinigung der Chirurgen eine Reihe von Präparaten endothelialer Geschwülste und knüpfte daran einige Bemerkungen über die Bedeutung und Berechtigung des Begriffs „Endothel" und über die verschiedenen Formen von Geschwülsten, die von diesen Zellen ausgehen. Den Namen Endotheliom verwirft er, da er nichts besagt, und schlägt vor, die Histogenese, wenn man sie nachweisen kann, durch den Zusatz „endotheliale" zum Ausdruck zu bringen, also: Carcinoma endotheliale, Carcinoma sarcomatode endotheliale, Adenoma endotheliale etc. etc. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Bezeichnung „Endotheliom", von Rudolf Volkmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 14.) Verfasser wendet sich gegen die von Hansemann vorgeschlagene Klassifikation der Endotheliome als Carcinoma endotheliale, Sarcoma endotheliale etc., da derartige Namen nur geeignet seien, wieder Verwirrung zu schaffen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Haemangioendothelioma tuberosum multiplex, von Elschnig. *Wien. med. Presse.* 1896. No. 5.) Die 30jährige Kranke zeigt auf der Haut des linken unteren Augenlides ca. 20 dichtgedrängte sandkorn- bis stecknadelkopfgrofse Knötchen von hellgelber Farbe, die flach promenieren, scharf begrenzt und mit der Haut verschiebbar sind. Gleiche Knötchen finden sich in spärlicher Zahl in der sonst gesunden Haut der Umgebung beider Augen bis an die Unterkieferregion herab, sowie beiderseits in der seitlichen Halsgegend in einem etwa thalergrofsen Bezirke. Der erste Beginn dieser Affektion datiert seit ca. vier Jahren. Die Schnitte eines excidierten Knötchens zeigen, dafs die Pars reticularis cutis eingenommen ist von zahlreichen verästelten und untereinander anastomosierenden Endothelschläuchen, welche vielfache Einlagerungen mehr oder weniger grofser cystischer Hohlräume enthalten, die durch Degeneration der zentralgelegenen Endothelien entstanden sind. Er reiht diesen Fall ein in die Klasse der Endotheliome, welche ihren Ausgangspunkt von den Endothelien der Blutgefäfse haben, wo es aber nicht ausgeschlossen werden kann, dafs die Endothelwucherung auch von den Lymphgefäfsen ausgehen kann.
A. Aschner-Budapest.

Ein Fall von Angioma auriculae, durch Operation geheilt, von Josef Gruber. (*Wien med. Wochenschr.* 1896. No. 32.) Eine taubeneigrofse Geschwulst an der Concha der linken Ohrmuschel von kugliger Form, breiter Basis wurde vom Verfasser als Atherom, möglicherweise als Lipom angesehen. Bei der Operation stellte es sich heraus, dafs es sich nicht um Atherom oder Lipom handelte. Es trat eine reichliche Blutung auf, so dafs der Verfasser schnell den Tumor mit scharfem Löffel entfernte und mit Jodoformgaze tamponierte. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Angiom venöser Beschaffenheit. Auffallend erscheint es, dafs dasselbe sich durch die Farbe absolut nicht verriet. Die Entfernung mit scharfem Löffel ist in ähnlichen Fällen, wo kein arterieller Tumor vorhanden ist, d. h. keine Pulsation besteht, ratsam. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

P. Moscato beschreibt einen **Fall von multiplen, subkutanen Lipomen** infolge von trophischer Neurose, mit nachfolgender adipöser Dystrophie. Patient stammte aus einer neuropathischen Familie. Die Lipome, welche seit 1885 an Umfang und Zahl zunahmen, waren ausschliefslich auf der linken Körperhälfte verteilt (mit Ausnahme eines Tumors auf dem rechten Arme); fünf derselben lagen auf dem Thorax, fünf andere am Abdomen, weitere in der Lendengegend und je ein auf beiden Armen, symmetrisch gelegen. Ihr Auftreten war mit heftigen lancinierenden, aber nicht genauer lokalisierten oder einem bestimmten Nerven entlang verlaufenden Schmerzen verbunden, auf Druck sehr empfindlich. An eine Excision der Tumoren konnte nicht gedacht werden, die Behandlung mufste sich vielmehr zu einer mehr kausalen gestalten. (*Giorn. intern. d. sc. med.* 1896. No. 10.) *C. Müller-Wallisellen.*

Protozoen bei Lipom, von Vedeler. (*Norsk Magaz. for Lægevidensk.* Februar 1896.) Die das Lipom immer umgebende Bindegewebskapsel, die man nur als durch eine von der Geschwulst selbst herrührende Irritation annehmen kann, und wegen des häufigen Vorkommens multipler Lipome wurde Verfasser auf den Gedanken gebracht, diese Geschwülste auf Mikroorganismen zu untersuchen, und er teilte in der Medizinischen Gesellschaft zu Christiania (18. Dezember 1895) das Resultat seiner mikroskopischen Untersuchungen mit. Bei diesen fand er in Schnitten von den Teilen der Geschwulst, welche der umschliefsenden Bindegewebskapsel am nächsten lagen, in den Fettzellen selbst, runde, von einer Kapsel umgebene Körper; in einzelnen von diesen, welche innerhalb der Kapsel lagen, wurden runde oder ovale klare Sporen nachgewiesen, welche er für Protozoen hält. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Die Diagnose des Epithelioma contagiosum, von J. F. Schamberg. (*New York med. Journ.* 1. Februar 1896.) Kurzer Bericht über einen Fall von linsengrofsem Epithelioma contagiosum am unteren Augenlied eines Kindes, welches wegen Blepharitis in augenärztliche Behandlung kam. Die Diagnose wurde erst durch die mikroskopische Untersuchung (Schnittpräparate, Molluskumkörperchen) sichergestellt. S. weist darauf hin, dafs es ohne dies Hülfsmittel meist unmöglich ist, die eigentliche Natur solcher Neubildungen zu erkennen. *Philippi-Remscheid.*

Über das Epithelioma contagiosum, von Prof. Winagradow. Verfasser hatte Gelegenheit, einige Molluskumgeschwülste zu untersuchen. Der Bau entsprach vollkommen dem eines gewöhnlichen Epithelioms: radiär angeordnete Fächer, die durch Bindegewebssepten von einander getrennt und mit Epithelzellen gefüllt sind. Die Anordnung der Zellen und das Verhalten derselben zu der darunter liegenden Bindegewebsschicht war ganz dasselbe, wie im Rete Malpighii der Epidermis. Sie erleiden auch dieselben Umwandlungen, wie sie physiologisch in der normalen Haut vor sich gehen: die oberen Schichten des Rete Malpighii verhornen, während in den tieferen eine neue Zellproliferation stattfindet. Hervorzuheben ist noch, dafs in der Umgebung der Geschwülste sich keine Entzündungserscheinungen konstatieren liefsen. Ebensowenig findet man in den Geschwülsten selbst oder in ihrer Umgebung Drüsen oder Haarbälge. Charakteristisch für diese Epitheliome sind die sog. Molluskumkörperchen, die schon in den jüngsten Zellen des Rete Malpighii enthalten sind. Die Eigentümlichkeiten dieser Körperchen treten besonders deutlich hervor beim Studium der verschiedenen Entwickelungsstadien im Protoplasma der Epithelzellen, welche der Bindegewebsschicht am nächsten benachbart sind, in Gestalt von runden oder birnförmigen, zuweilen aber auch in Form von undeutlich kontourierten, körnigen, glänzenden Klümpchen von der Gröfse eines roten Blutkörperchens. Sie kommen an verschiedenen Stellen des Protoplasmas vor, am häufigsten aber in der Nähe des Zellkerns, mit dem

sammen sie zuweilen von einer Vakuole umgeben sind. Je näher zur äufseren Oberfläche der Geschwulst, desto gröfser werden die Molluskumkörperchen, desto inniger liegen sie dem Zellkern an, von dem sie endlich überhaupt nicht zu trennen sind. An den kleinen Körperchen läfst sich bei den besten und stärksten Vergröfserungen, aufser feinsten Körnchen, kein anderer Bau unterscheiden. Die Körnchen mittlerer Gröfse erscheinen in Form einer Gruppe eng zusammengedrängter, sehr kleiner runder Zellen, in denen ein homogener heller Kern mit einem glänzenden Kernkörperchen sich unterscheiden läfst neben einer kaum merkbaren Schicht feinkörnigen Protoplasmas. In diesem Stadium treten in den Körperchen oft zahlreiche Vakuolen auf, die zuweilen das ganze Körperchen einnehmen. In einem weiteren Entwickelungsstadium wird der zellige Bau des Molluskumkörperchens immer undeutlicher, die Grenzen ihrer Zellen verwischen sich allmählich, die Körperchen selbst werden kleiner und kompakter und bekommen ein gleichmäfsig glänzendes Aussehen. Es treten in ihnen runde, ovale, birn- und spindelförmige, glänzende Körperchen auf, die sich von den früheren Zellen durch ihre Gröfse unterscheiden. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs diese allmählich sich umwandelnden Formen der Molluskumkörperchen Vermehrungs- und Wachstumserscheinungen selbständiger zelliger Organismen darstellen, die mit den Zellen der Geschwulst in keinem genetischen Zusammenhang stehen. Die Vermehrung des Epithels in den Geschwülsten ist vom Auftreten der Molluskumkörperchen in den Zellen abhängig, da neue Auswüchse des Epithels aus der die Geschwulst umgebenden Haut nur da stattfindet, wo eine Infektion des Rete Malpighii durch die Molluskumkörperchen schon eingetreten ist. Das unterliegende Bindegewebe scheint sich dabei ganz passiv zu verhalten, da in ihm weder eine Zellproliferation, noch irgendwelche Entzündungserscheinungen zu beobachten sind. Sowohl der Bau der Molluskumkörperchen, wie auch die Entwickelung der Geschwülste selbst, scheinen, soviel es sich nach den mikroskopischen Präparaten urteilen läfst, für den parasitären Charakter der ersteren zu sprechen. (*Journ. d. russ. Gesellsch. f. Volkshyg.* 1896. No. 10.) *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Am klinischen Ärztetage in Zürich stellte Prof. Eichhorst einen ihm von Dr. Heuss-Zürich hierzu überlassenen Fall von **Akanthosis nigricans** vor. Befallen waren die Nacken- und seitliche Halsgegend, die Axillarregion, die Umgebung des Nabels und der Genitalien bis zum After, die Innenseite der Oberschenkel. Herr Heuss wird über den Fall ausführlicher berichten. (*Corresp. f. schweiz. Ärzte.* 1896. No. 6.)
C. Müller-Wallisellen.

Über einen Fall von **angeborener papillomatöser, sog. neuropathischer Warzenbildung**, von Spiegelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 30.) Mit der eben erwähnten Umschreibung sucht Verfasser die Namengebung für jene seltene Affektion zu vermeiden, welche unter sehr verschiedener Benennung (Naevus papillaris, Papilloma neuroticum, Naevus linearis u. a.) seit 1829 beschrieben worden ist. Sein Fall ist gut geschildert und durch eine Zeichnung illustriert. Er betrifft ein 3½ Wochen altes gesundes Mädchen, an dessen rechter Hals- und Gesichtsseite das Übel safs, das hier teilweise geschildert werden soll:

Die ganze Ohrmuschel ist mit teils flachen, teils papillomatösen und gestielten Wucherungen ausgekleidet, die Crura furcata bedeckt ein dunkelgefärbter Naevus. Die hirsekorn- bis linsengrofsen, beerenförmigen, fleischfarbigen Wärzchen setzen sich auch in den äufseren Gehörgang fort, ihn vollkommen verschliefsend. Von dem mit Wucherungen reich besetzten Ohrläppchen an zieht sich abwärts den Kopfnicker in nach vorne konkavem Bogen begleitend ein über die Oberfläche leicht erhabener blafsroter Streifen. Dieser, in einzelnen Wärzchen differenziert, endigt in

der Fossa jugularis in einem zehnpfennigstückgroſsen flachen, von stecknadelkopfgroſsen Efflorescenzen, umgebenen Fleck. Im Filtrum der Oberlippe, doch rechts von der Mittellinie läuft eine Reihe hirsekorngroſser weicher Wucherungen ins Lippenrot hinein. An der Unterlippe beginnt die Affektion von neuem und zwar mit zwei linsengroſsen lappigen Polypen an der Innenfläche des rechten Mundwinkels, von da mit miliaren Knötchen aufs äuſsere Lippenrot und weiter auf die äuſsere Haut übergehend. Hier sind es dann himbeerartige, etwas bräunliche kleine Wucherungen, in der Mittellinie eine breite flache Papel und von da zur Spitze des Kinns verlaufend ein fast kontinuierlicher 2 mm breiter papulöser Streifen von der Farbe der Gesichtshaut. Auf der rechten Wange eine flache leicht gerötete Papel von der Gröſse einer kleinen Haselnuſs. Die strenge Halbseitigkeit fiel sofort auf. Auch überall, wo die Mitte berührt, hielt sich die Affektion hart an der rechten Seite der idealen Halbierungslinie.

Das Leiden blieb stationär. Am Ende der zehnten Lebenswoche des Kindes wurden die erkrankten Partien an Unterlippe und Kinn excidiert.

Die histologische Untersuchung ergab nichts Neues. Besonders erwähnenswert ist jedoch, daſs in keinem Präparate in den gewucherten Zonen eine Spur von Nervenelementen sich vorfand. In einem Teile fanden sich Talgdrüsen in ziemlicher Entwickelung, in anderen fehlten diese. Durchgängig zeigte sich das Epithel stark hyperplastisch, die Schicht sehr verbreitert, das Stratum Malpighii wuchernd. In das Corium hinein bildet das Epithel lange unregelmäſsige Ausläufer zwischen die Papillen, zuweilen finden sich kleine Epithelinseln abgeschnürt. Das Bindegewebe des Papillarkörpers und Coriums ist überall hyperplastisch, dabei zell- und gefäſsarm. Gefäſse spärlich entwickelt. Leukocytenherde nirgends sichtbar, ebensowenig Zellkernmitosen. *Neuhaus-München.*

Über endotheliale Hautwarzen und ihre Beziehungen zum Sarkom, von Carl Bauer. (Inaug.-Dissert. Berlin. 1895.) Im Gegensatz zu Unna, der die Naevi nicht für desmoide, sondern für epitheliale Geschwülste hält und sie daher im Falle einer bösartigen Umwandlung mit den Carcinomen der Deckepithelien in Beziehung bringt, kommt Verfasser auf Grund eingehender, sorgfältiger Untersuchungen zu dem Resultate, daſs das gesamte anatomische Verhalten dieser Naevi für eine desmoide Geschwulst spricht, daſs die fraglichen Naevuszellen nicht epithelialer Herkunft sind. Er konnte in seinen mit Doppelfärbung behandelten Präparaten innerhalb der Zellstränge feine Bindegewebsfibrillen zwischen den Naevuszellen zum Teil deutlich erkennen, wo sie nicht deutlich waren, sprach das Vorhandensein der charakteristischen Bindegewebskerne für die Anwesenheit von Bindegewebe, an Stellen, wo von beiden nichts zu sehen ist, kann man nach Verfassers Ansicht das Fehlen von Interzellularsubstanz nicht für die epitheliale Natur der Zellmassen ins Feld führen, da ein solches Fehlen ja auch bei neugebildeten, stark wuchernden Zellen endothelialer Herkunft die Regel ist. Auſserdem bestehen deutliche Unterschiede in der Form der Kerne der Epithelien einerseits, der Zellmassen andererseits, ferner auch in der Färbung derselben.

Die weichen Haut- oder Fleischwarzen verdanken ihre Existenz nach der Ansicht B.'s gewucherten Endothelien des Lymphsystems, man kann dieselben daher als Endotheliome bezeichnen. Sind dieselben pigmentiert, so sammelt sich das Pigment in den peripherischsten, im Bindegewebe zerstreut liegenden Endothelzellen zuerst an. Bösartige Tumoren, die aus diesen Naevi hervorgehen, sind Sarkome, und zwar meist Alveolärsarkome. Sind sie pigmentiert, so bevorzugt das Pigment ebenfalls die im Bindegewebe vereinzelt liegenden Zellen; doch ist die Extensität der Pigmentierung eine gröſsere, indem Pigment im gesamten Geschwulstgewebe angetroffen wird.

Karl Ries-Stuttgart.

Ein Fall von Lymphangiektasie und Lymphorrhagie, von HAFFERKORN. (*Disch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 56. 5. u. 6. Heft.) Das 11 Jahre alte Mädchen zeigte auf dem vergrößerten rechten Labium durchscheinende, höckerige Blasen, aus denen beim Anstechen klare Flüssigkeit sich entleert, die allmählich milchig wird. Es besteht ein mäßiger Fluor aus der Scheide, deren Schleimhaut übrigens keine Bläschen zeigt. Das rechte Bein ist verdickt, wie bei Elephantiasis mollis, diese Verdickung nimmt beim Stehen und Gehen zu; sie betrifft nur Haut und Unterhautbindegewebe, nicht die Knochen und Muskeln. Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens bestand nicht. Verfasser teilt die in der Litteratur zu findenden einschlägigen Fälle mit und bespricht das pathologische Bild der Lymphangiektasien. Er kommt zum Schlusse, daß klinisch und anatomisch die Lymphangiektasie ohne scharfe Grenze in Elephantiasis mollis übergeht. Die Ätiologie ist ähnlich wie bei den Venenvaricen eine kongenitale, fehlerhafte Anlage (abnorme Weite der Lymphspalten, Schlaffheit der Wandungen). Die Entstehung wird begünstigt durch Stauungsprozesse.

F. Hahn-Bremen.

Hypertrophierende pulmonale Osteo-Arthropathie und Akromegalie, von W. S. THAYER. (*New York med. Journ.* 11. Januar 1896.) An der Hand von drei ausführlich beschriebenen Fällen der ersteren und einem der letzteren Affektion bespricht Verfasser eingehend die bei denselben auftretenden Erscheinungen, deren Ähnlichkeiten und Abweichungen. Es ist aber kaum möglich, den Artikel im Referate wiederzugeben.

Philippi-Remscheid.

Über die Malariapigmente, von BOISSON. (*Lyon méd.* 1896. No. 15.) Bei der Schwierigkeit, mit welcher das Aufsuchen der spezifischen Mikroorganismen im Blute Malariakranker verbunden ist, dürfte es von höchster Bedeutung sein, die hauptsächlich von KELSCH und KIENER beschriebenen Pigmente nachzuweisen, welche für Malaria pathognomisch sind. Es giebt deren zwei Arten. Das eine, schwarze, sammelt sich in einzelnen oder zu Klümpchen gruppierten Massen im Innern der Gefäße an, in der Milz auch in den Pulpazellen; es widersteht der Einwirkung auch heißer konzentrierter Säuren, löst sich aber in Alkalien und giebt keine Eisenreaktion. Das zweite, okerfarbige, lagert sich nicht in den Gefäßen ab, sondern in den Geweben selbst besonders im Protoplasma der Drüsenzellen; es ist unlöslich in Wasser, Alkohol und Äther, sowie in starken Säuren und Alkalien, dagegen giebt es Eisenreaktion. Wahrscheinlich bildet es ein Hämoglobinderivat, wahrscheinlich durch das Zellprotoplasma niedergeschlagenes Hämatin.

C. Müller-Wallisellen.

Ein seltener Fall von Morbus Addisonii, von DAVID HANSEMANN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 14.) Die Beziehungen der Nebennierenerkrankung zum Morbus Addisonii sind noch immer nicht geklärt, da einerseits starke Veränderungen der Nieren bestehen können, ohne das charakteristische Krankheitsbild auszulösen, andererseits bei zweifellosem klinischen Morbus Addisonii die Nebennieren intakt gefunden sind, wobei allerdings es zweifelhaft bleibt, ob die mikroskopische Untersuchung eine genügend eingehende stets gewesen. Verfasser glaubt, daß das Verhältnis der Nebennieren zum Morbus Addisonii dasselbe ist, wie dasjenige des Pankreas zum Diabetes; betreffs des letzteren hat er gefunden, daß eine Granularatrophie des Pankreas regelmäßig Diabetes auslöst. Die Aplasie der Nebennieren, die eine Begleiterscheinung der Anencephalie ist, hat noch niemals das Bild des Morbus Addisonii erzeugt, die bekannten Fälle von Atrophie sind nicht genügend analysiert. Von großem Interesse ist der hier mitgeteilte Fall. Derselbe betrifft einen 30jährigen Menschen, der unter Ikterus, Verdauungsstörungen, Schwäche in kurzer Zeit zu Grunde geht. Die Haut,

an und für sich schon dunkel, war dennoch deutlich abnorm pigmentiert, besonders am Scrotum, an den Warzenhöfen, an den Narben alter Kratzeffekte und abgeheilter Aknepusteln. An der Raphe des Gaumens bestand ein dunkler Strich und jederseits ein pigmentierter Fleck. Die Sektion ergab bemerkenswerte Veränderungen nur an den Nebennieren. Diese sind mit der Umgebung durch fibröse Stränge verbunden, haben einen stark verringerten Dickendurchmesser. Es fehlt jede Spur der gelben Rindensubstanz. Neben dieser auffallenden Atrophie findet sich spärliche kleinzellige Infiltration und etwas neugebildetes Bindegewebe. Der nervöse Apparat, Plexus solaris etc., waren ganz intakt. Es hatte also in diesem Falle der Schwund der Nebennierenrinde den Morbus Addisonii erzeugt.

In der Diskussion, welche sich in der Hufelandschen Gesellschaft an diesen Vortrag anknüpfte, fragt Schleich, wie es mit dem Fettgewebe der Nebennieren bestellt gewesen ist.

G. Lewin glaubt, die Relation der Nebenniere zum Morbus Addisonii steht wohl fest, zweifellos spiele also auch das Ganglion coeliacum eine grofse Rolle, das in 28 Fällen von 30 starke Veränderungen zeigte. Die Veränderungen des Ganglion erklären auch die charakteristischen, ausstrahlenden Schmerzen und die Verdauungsunregelmäfsigkeiten.

Hansemann erwidert Schleich, dafs gerade die Fett enthaltenden Zellen der Rinde fehlten. Der Plexus coeliacus werde wohl ohne Grund für die möglichen Veränderungen verantwortlich gemacht. Beim Morbus Addisonii seien sicher Nebennierenveränderungen mit weit gröfserer Regelmäfsigkeit zu finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die traumatische Entstehung des Morbus Addisonii. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1896. No. 15.) F. Schmey betont im Wesentlichen auf Grund des von G. Lewin (*Charité-Ann.* Bd. X u. XVII.) gesammelten Materials den wichtigen Einfluſs eines Traumas auf die Entstehung oder wesentliche Verschlimmerung des Morbus Addisonii. *H. Einhorn-München.*

Cervellini beschreibt einen **Fall von Addisonscher Krankheit mit Ausgang in Heilung.** Patient zeigte den charakteristischen Symptomenkomplex: Pigmentation Adynamie, gastroenteritische Erscheinungen; aufserdem war aber ein Hoden tuberkulö afficiert. Nach vorgenommener Kastration mit Abtragung des veränderten Funiculus spermaticus trat langsame Besserung ein und wurde der Patient nach einigen Monaten als geheilt betrachtet. (*Rif. med.* 1896. No. 154.) *C. Müller-Wallisellen.*

Über einen Fall diffuser Hautpigmentation mit einer eigentümlichen Verteilung des Pigmentes auf der Hautoberfläche, von Palatschenko. (*Milit.-med. Journ.* April 1896.) In dem Falle des Autors war die behaarte Kopfhaut, Gesicht und Hals grauschwarz gefärbt. Die Pigmentation war nicht fleckig, sondern gleichmäfsig diffus auf die ganze afficierte Gegend verteilt, von der Stirn zum Kinn zu satter werdend. Dem Charakter nach erinnerte die Färbung an das Symptom des Morbus Addisonii oder der Argyrosis, doch fehlten jede positiven Daten sowohl zur Diagnose der einen, wie der andern Erkrankung. Der Autor spricht die Ansicht aus, dafs in diesem Falle der frühere Luesausschlag und eine früher durchgemachte Erkältung und Erfrierung des Gesichts eine Rolle spielen möge.

Grünberg-St. Petersburg.

Regressive Ernährungsstörungen.

Ulcus cruris, von E. A. Edlén. (*New York med. Journ.* 14. März 1896.) Wenn nach einer passenden Methode verfahren wird, muſs jedes Beingeschwür zu heilen sein. E. verfährt meist nach folgender Methode: Zuerst wird das Geschwür gründlich gereinigt mittelst H_2O_2, Seife und womöglich, bei torpiden Geschwüren, durch Bürsten mit einer harten Bürste. Nach gründlicher Desinfektion wird die Wunde mit Acid. boric. pulv. dick eingestreut und mit einer Flanellbinde umwickelt. Nach einigen Tagen ist folgende Salbe am Platze: ℞ Acid. carbol. 2,0, Acid. boric. 10,0, Pulv. camph. 7,5, Ichthyol 20,0, Ol. andropog. nardi q. s. Ungt. zinc. oxyd. q. s. ad 100,0. Hohe Lagerung, Argent. nitric., Anfüllen der Wundhöhle mit Borsäure zweimal täglich, sowie die anderen üblichen Mittel kommen im weiteren Verlaufe in Anwendung.

Philippi-Remscheid.

Über einen Fall ausgebreiteter Telangiektasie berichten Levi und Lenoble. (*Presse méd.* Juli 1896.) Bei einer Patientin trat plötzlich eine intensive Rötung der Haut des Gesichts, des Halses und der Hände auf, die nach einigen Stunden wieder verschwand. Später aber bildeten sich auf allen Körperteilen allmählich wieder erythematöse, auf Druck nur zum Teil verschwindende Flecke aus, die an Umfang zunahmen und teilweise konfluierten, so daſs zuletzt beinahe der ganze Körper befallen war. Keine subjectiven Beschwerden und keine anderweitigen Hautveränderungen. Syphilis, Alkoholismus, Neurasthenie, Hysterie ausgeschlossen.

C. Müller-Wallisellen.

Medikamentöse Behandlung der Hämorrhoiden, von H. Naegeli-Akerblom. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 64.) Als vorzügliches Mittel gegen Hämorrhoidalaffektionen hat sich dem Verfasser das Kalomel bewährt, welches entweder als Puder oder als 10%ige Salbe oder als Suppositorium verordnet wird. Die Knoten schwellen ab, der Pruritus schwindet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weitere Beobachtungen über Alopecia praematura oder praesenilis und deren häufigste Ursache — Eccema seborrhoicum, von G. T. Elliott, nebst einem vorläufigen bakteriologischen Bericht über Eccema seborrhoicum, von W. H. Merrill. (*New York med. Journ.* 26. Oktober 1895.) Im Jahre 1892 hat Verfasser auf Grund von Beobachtungen an 234 Fällen von frühzeitiger Alopecie die Ansicht verteidigt, daſs die häufigste Ursache dieses Leidens die Seborrhoea sicca oder Eccema seborrhoicum sei. Da er damals bei seinen amerikanischen Kollegen auf Zweifel und Widerspruch stieſs, hat er in den letzten zweieinhalb Jahren sämtliche Fälle seiner Privatpraxis in Bezug auf Ätiologie sorgfältig geprüft. Es stellte sich heraus, daſs von 344 in diesem Zeitraum untersuchten Patienten 316 deutliche Erscheinungen des Eccema seborrhoicum darboten, während bei 19 allgemeine konstitutionelle Ursachen, bei 4 Heredität in ätiologischer Beziehung herangezogen werden konnten und bei 5 eine Ursache sich nicht eruieren lieſs. Das Geschlecht scheint wenig Einfluſs auszuüben; das weibliche Geschlecht überwiegt allerdings ziemlich entschieden (65 : 35%), doch mag dies aus einem gröſseren Indifferentismus der Männer gegen den Haarschwund erklärt werden. Nicht bedeutungslos ist es, daſs bei weitem die Majorität der Fälle (über 64%) Personen unter 30 Jahren betrafen.

Im Anschluſs an diese Mitteilung berichtet W. H. Merrill über bakteriologische Arbeiten auf diesem Gebiete. Es ist ihm nach langen Bemühungen gelungen, dreierlei Mikroorganismen, die in bestimmter ätiologischer Beziehung zu der Krankheit stehen, zu isolieren. Mit zweien dieser drei Arten (Diplokokken) gelang es ihm, mittelst

Reinkulturen ganz klassisches Eccema seborrhoicum experimentell zu erzeugen. Betreffs der Details dieser hochinteressanten Beobachtungen mufs aber aufs Original verwiesen werden. Weitere Mittheilungen werden vom Verfasser in Aussicht gestellt.

Philippi-Remscheid.

Über die Behandlung der Alopecia areata mit Acidum aceticum und Skarifikationen, von Faivre. (*Pr. méd. belge.* 1896. No. 23.) Das Verfahren ist folgendes: Seifenwaschung der kahlen Stellen, welche vorher rasiert werden; Einreibung eines Gemisches von Alkohol und Äther; tägliches Aufstreichen reiner Essigsäure mittelst Wattebausch. Sobald entzündliche Erscheinungen (Dermitis) auftreten, hört man mit der Behandlung auf. Nach Abfall des Schorfes zeigen sich gewöhnlich dünne Flaumhärchen, worauf die Prozedur in gleicher Weise wiederholt wird. Beschleunigt wird das Wachstum kräftiger Haare durch die Ausführung genau paralleler und sehr enger, aber oberflächlicher Skarifikationen mit einem durch die Flamme gezogenen feinen Messerchen. Auf die skarifizierten Stellen wird eine Essigsäureeinpinselung gemacht. Die Reizerscheinungen sind gewöhnlich bis am folgenden Tage verschwunden, so dafs eine weitere Einpinselung folgen kann. In heilbaren Fällen ist selten mehr als zweimaliges Sticheln notwendig. Zur Unterhaltung der Antisepsis werden täglich Waschungen mit Sublimatlösung (Liquor van Swieten) verwandt.

C. Müller-Wallisellen.

Die nicht specifische symptomatische Alopecie, von Ohmann-Dumesnil. (*Tri-State med. Journ.* März 1896.) Die idiopatische Form der Alopecie ist für gewöhnlich eine der Begleiterscheinungen der senilen Veränderungen des Integumentes. Infolge der Sklerose des Coriums und der darüberliegenden Hautschichten kommt es zur Atrophie der Haarbulbi und zur Verengerung der papillären Gefäfsschlingen. Im Gegensatz hierzu ist bei der symptomatischen Form der Haarausfall neben anderen Krankheitssymptomen auf tieferliegende Ursachen zurückzuführen. Der Haarausfall erfolgt entweder vollkommen symmetrisch auf beiden Seiten oder unilateral, in einzelnen Fällen in scharfer Abgrenzung in der Medianlinie beginnend. Es besteht aber auch häufig ausgesprochene Asymetrie und Irregularität, serpiginöse Formen wechseln ab mit linearen. Aufser dem Haar der Kopfhaut können Augenbrauen und Augenwimpern ergriffen sein, aufserdem Bart und Schnurrbart, Achsel- und Schamhaare, und in seltenen Fällen auch die Lanugohaare. Der Haarausfall kann plötzlich eintreten und dabei ein vollständiger sein, wie z. B. nach Typhus, oder er erfolgt in Büscheln „eine Hand voll", wobei zwischen den erkrankten Stellen noch Haare vorhanden sein können. Eine dritte Art der Entwickelung der symptomatischen Alopecie führt zu allmählicher, stetig zunehmender Lichtung des Haarbodens. Die beste Prognose bietet der plötzliche Ausfall grofser Haarmengen. (Mitteilung eines Falles im Anschlufs an Erysipel der Kopfhaut.) Unheilbar sind die Alopecien infolge seniler Hautveränderungen und die Alopecia universalis. Bei den anderen Formen besteht stets Hoffnung auf Besserung. Die Behandlung mufs eine lokale und allgemeine sein. Empfohlen werden speziell: Resorcinspiritus, β-Naphtolspiritus für sich allein oder zusammen mit Tinct. cinchon., ferner Tinct. canthar. auf Ol. rosmarin. und Spirit. vin. und Ol. gaulth., Spirit. aeth. sulf. ää stets zweimal täglich anzuwenden.

H. Einhorn-München.

Klinische Untersuchungen über einige Fälle von Sklerodermie und ihre Beziehung zum Trophismus der Haut; kurze Betrachtung über diesen Trophismus bei der Vitiligo, von Montesano. (*Rif. med.* 1896. No. 196, 197, 198.) Die vier Krankengeschichten behandeln einen Fall von Pemphigus mit Syringomyelie,

einen Fall von trophischen Störungen verschiedenen Grades der Haut, des Unterhautzellgewebes und der Muskulatur mit Syringomyelie, zwei Fälle von Vitiligo bei Irrsinnigen. Verfasser weist hin auf das häufige Vorkommen von Vitiligo bei Geisteskranken, nach heftigen Gemütserschütterungen, in welchen Fällen sie dann noch von anderen Hautveränderungen (Alopecia areata, Poliosis etc.) oder von Basedowscher Krankheit begleitet sein kann. Bei Affen gelang es dem Verfasser, nach Abtragung einer Partie des Frontoparietallappens des Gehirns Pigmentveränderungen zu erzeugen, welche der Vitiligo beim Menschen ähnlich waren. *C. Müller-Wallisellen.*

Akute Leberatrophie bei Sclerema neonatorum, von Aufrecht. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1896. No. 11.) Eine bisher noch nicht beobachtete Kombination. Das thatsächliche Bestehen der akuten Leberatrophie ist erwiesen einesteils durch die klinischen Symptome: Ikterus, Petechien, Eiweifs und Leucin im Harn (Tyrosin wurde nicht gefunden), anderenteils durch das Ergebnis der anatomischen und mikroskopischen Untersuchung, welche eine Verkleinerung der Leber, Aufhebung der regelmäfsigen Anordnung der Leberzellen, Kernschwund, d. h. Koagulationsnekrose, Vakuolenbildung im Protoplasma, Blutaustritt in die Lebersubstanz und das Vorhandensein von Bakterien in der Leber ergeben hat.

Die 19jährige Mutter, welche nach normal verlaufenem Wochenbette gesund entlassen wurde, will bis auf Bleichsucht früher stets gesund gewesen sein.

H. Einhorn-München.

Sklerodermie, von L. Weber. (*Med. News.* 22. Februar 1896.) In einer der letzten Sitzungen der New York Neurological Society berichtete Verfasser über einen Fall von ausgesprochener Sklerodermie bei einer verheirateten Frau, welcher durch konsequenten Gebrauch von Thyreoidtabletten effektiv geheilt worden war. Die Affektion bestand seit drei Jahren und hatte den gröfsten Teil des rechten Oberarms und Handgelenks ergriffen, und auch am Kinn und der Unterlippe fanden sich einige sklerosierte Stellen. Mit Unterbrechungen waren 280 Tabletten zu 0,3 g (dreimal täglich eine) gegeben worden.

B. Sachs hat ähnliche Erfahrungen bei einer 45jährigen Frau mit Sklerodermie gemacht. Bei dieser Patientin war die gleichzeitig eingetretene Abmagerung sehr auffallend.

Bei der weiteren Diskussion wurde darauf hingewiesen, dafs die käuflichen Thyreoidpräparate an Wirksamkeit sehr verschieden sind. *Philippi-Remscheid.*

Comba giebt die ausführliche Beschreibung eines Falles von **Septikämie** infolge von Infektion mit dem Friedländerschen Bacillus bei einem Neugebornen mit **Sklerodermie.** Verfasser hält den Zusammenhang dieser beiden Affektionen für nicht unwahrscheinlich, indem durch die allgemeine Infektion eine Veränderung der Hautgefäfse entstand, die zur Sklerodermie geführt hat. (*Lo sperimentale.* 1896. Heft II.)

C. Müller-Wallisellen.

Comba berichtet über einen Fall von **Septikämie, kombiniert mit Sklerem,** bei einem Neugeborenen, welcher wenige Tage nach einer schweren Geburt starb. Das Sklerem dehnte sich aus über die Haut der unteren Extremitäten, des Rückens und des Gesichts. (*Rif. med.* 1896. No. 106.) *C. Müller-Wallisellen.*

Die Morvansche Krankheit, ihr Verhältnis zur Syringomyelie und Lepra, von J. Preus. (*Arch. f. Psychiatrie.* Bd. XXVII. Heft 3, nach *Centralbl. f. inn. Med.* 1896. No. 10.) Der äufserst ausführlichen Krankengeschichte eines Falles von Morvanscher Krankheit entnehmen wir folgendes: Eine 46jährige galizische Jüdin spürte

zuerst vor 8 Jahren, wie die Kraft der rechten Schultermuskulatur nachliefs und sich gleichzeitig starke, in den rechten Arm weit ausstrahlende Schmerzen daselbst ein stellten. Dann traten dem Mal perforant ähnliche Geschwüre zunächst in der Gegend des inneren Knöchels am linken, dann des äufseren am rechten Fufse auf; ferner an den Fingerspitzen eine Reihe von meist nicht schmerzhaften Panaritien. Mit der Zeit stellten sich hier Verlust des Empfindungsvermögens, Parästhesien und Schmerzen im Nacken und beiden Armen, vorübergehend auch Steifigkeit und Parese der Nackenmuskulatur, Gefühllosigkeit der Zunge, Ausfallen der Zähne und erschwerte Aussprache ein. Nun traten Atrophie der 1. Phalanx der 4. und 5. Zehe des linken Fufses, Ankylosierung mancher Interphalangealgelenke der Mittelhand- und Ellenbogengelenke auf; das Gehen wurde der Patientin mühsam, die Finger infolge der Knochen- und Gelenkveränderungen stark deformiert.

Zur Zeit der Abfassung der Arbeit liefsen sich durch objektive Untersuchung noch folgende Symptome nachweisen: Trophische Störungen in den oberen Extremitäten (Verkürzung und teilweise Atrophie der Phalangen), Hypertrophie der Knochenenden der Mittelhand, Unbeweglichkeit sehr vieler Gelenke, weifse Flecken auf der Haut des Handrückens (infolge der Atrophie der Hautpapillen), Atrophie der Fingernägel und verschiedener Muskeln, besonders der Extensoren der Finger und der Armmuskeln mit Symptomen einer partiellen Entartungsreaktion, Thermoanästhesie und Analgesie, partielle Empfindungslähmung an den Händen und am Arme, Vergröfserung der Tastkreise, Störungen im Bewegungsgefühl der Haut bei gleichzeitigem Vorhandensein des Druck- und Muskelsinnes, vasomotorische Störungen in den unteren Extremitäten (Erweiterung der kleinen Venen, Marmorierung der Haut); Parese der Muskeln der oberen Extremitäten, Erschwerung des Ganges, starke Verminderung der Kniereflexe, Herabsetzung der Sehnenreflexe der Muskeln der oberen Extremitäten, Abnahme der mechanischen Erregbarkeit in den Extensoren der Finger, der Hand neben unbedeutender Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit der Flexoren der Hand und der Finger und eine Abschwächung der Hautreflexe.

Da weder die verschiedenen Formen der Sklerodermie, noch die Raynaudsche Krankheit, noch die Pachymengitis cervical. hypertroph., Myelitis cervicalis, amyotrophische Lateralsklerose, multiple Sklerose, progressive Muskelatrophie oder multiple Neuritis einen derartigen Symptomenkomplex erzeugen (die Differentialdiagnose ist sehr ausführlich behandelt), wurde die Diagnose auf einen typischen Fall von Morvanscher Krankheit gestellt. Den Ausschlag gab hierbei besonders die auf beschränktem Gebiete aufgetretene Thermoanästhesie und Analgesie bei gleichzeitigem Erhaltensein des Tastsinnes, die Muskeldegeneration in Verbindung mit Entartungsreaktion, die Panaritien, die Mal perforant-ähnlichen Geschwüre und die charakteristischen Handdeformationen.

Bei der Untersuchung des Blutes wurden nun (neben Verminderung der Zahl der roten, Vermehrung der der weifsen Blutkörperchen, besondere Veränderungen an den letzteren etc.), wenn man die gewöhnlichen Färbemethoden für Leprabacillen anwendete, Bacillen gefunden, welche, da Miliartuberkulose nicht in Betracht kommt, unzweifelhaft als Leprabacillen aufzufassen sind. Die Diagnose wurde nun auf Lepra gestellt. P. folgert nun ganz allgemein, dafs die Morvansche Krankheit überhaupt keine gesonderte Stellung einnehme, sondern dafs sie eine Lepraform, nämlich die Lepra anaesthetica mutilans sei. Da ferner fast alle Autoren die Morvansche Krankheit zur Syringomyelie gehörig rechnen, dürfe man auch von dieser wenigstens jene Fälle zur Lepra zählen, welche unter dem typischen Bilde der Morvanschen Krankheit verlaufen. Der Fall bestätige also die Ansichten Zambacos.

Die Entstehung dieser Krankheitsformen ist nach P. die folgende: „Nachdem

die Leprabacillen tief in die Haut eingedrungen sind, vermehren sie sich in den Scheiden der Hautnerven und rufen eine Degeneration der Nervenfasern hervor. Schon aus dem Grunde können verschiedene Symptome, wie trophische und Empfindungsstörungen auftreten. Nachher wandern die Bacillen längs den Nerven und führen zu ähnlichen Veränderungen in den dickeren Nervenstämmen (infolge wovon Parese und Schwund der Muskeln auftreten). Haben die Bacillen nun auch das Rückenmark erreicht, dann entwickeln sie sich in der Neuroglia, besonders in der grauen Substanz, das Wuchern der Glia und nachher den Zerfall derselben nach sich ziehend, wodurch Höhlen im Rückenmark entstehen (Syringomyelie)."

Von den bis heute veröffentlichten Fällen von Syringomyelie gehört sicher mancher zur Lepra. Es ist möglich, dafs auch andere Faktoren Wucherung und Zerfall der Neuroglia erzeugen können. Diese Syringomyelia non leprosa ist dann aber von der Syringomyelia leprosa nur durch den Ausfall der bakteriologischen Untersuchung zu trennen.

Bei genauer Danachachtung wird man vermutlich nachweisen können, dafs, wie es dieser Fall für Galizien bewies, die Lepra an Orten vorkommt, wo man sie bis heute gar nicht vermutet hat. *H. Einhorn-München.*

Die Erkrankungen der Haut bei Diabetes, von Prince A. Morrow. (*Med. Record.* 11. April 1896.) M. unterscheidet zwei Gruppen von Hautaffektionen bei Diabetes. Die zur ersten Gruppe gehörenden (funktionelle und strukturelle Läsionen der Haut, Pruritus, diabetisches Erythem, Ekzem, Balanoposthitis, Phimosis, Furunkel, Karbunkel, Gangrän und das Xanthoma diabeticorum) zeigen gewisse, für den diabetischen Ursprung charakteristische Erscheinungen. Die Erkrankungen der zweiten Gruppe (Akne cachecticorum, Urticaria papulosa chronica, impetiginöse und lichenoide Eruptionen, Psoriasis, Dermatitis herpetiformis, Herpes zoster, Mal perforant, Erysipelas und Dermatitis diabetica papillomatosa) finden sich nur relativ selten und werden in ätiologische Konnektion mit der Grundkrankheit gebracht, weil sie entsprechend dem Zuckergehalt des Urins Besserung und Verschlechterung zeigen.

Aus der kurzen Schilderung dieser einzelnen Hautaffektionen sei folgendes hervorgehoben: Eines der ersten Zeichen diabetischer Hauterkrankung bildet eine Funktionsstörung der Talg- und Schweifsdrüsen auf Grund vasomotorischer Störungen. Talg- und Schweifsdrüsenproduktion sind meist stark vermindert. Nur ausnahmsweise findet sich Hyperhidrosis, die lokalisiert und einseitig auftreten kann. Bei einem Diabetiker wurde ein vollkommener Haarausfall auf dem ganzen Körper beobachtet.

Das diabetische Ekzem der weiblichen Genitalien zeigt gegenüber dem gewöhnlichen auffallende Tendenz zu hyperplastischer Infiltration, mehr dunkelrote Färbung, die Sekretion ist geringer, die Oberfläche ist oft trocken und zeigt kontinuierliche Desquamation dünner weifslicher Krusten, die aus Talg- und Pilzmassen bestehen. Die nervösen Beschwerden sind intensiver.

Isolierte Balanitis ist selten und findet sich nur bei cirkumcidierten Personen oder kurzem Präputium. In einem Falle war eine erythematöse Rötung an dem vorderen Teile der Glans mit gelegentlich auftretenden erythematösen Stellen an der Corona und am Sulcus das einzige objektive Zeichen.

Das gewöhnliche Ekzem der männlichen Genitalien verläuft mehr akut, wie das diabetische, die Oberfläche ist mehr hellrot, oft exulceriert, die Sekretion ist profuser, oft seropurulent. Dasselbe beginnt auch selten an der Glans penis und bleibt noch viel seltener auf Glans und Präputium beschränkt.

Bei der diabetischen Form der Balanoposthitis und Phimosis fehlen die Exkoriationen und die profuse Absonderung der gewöhnlichen Balanitis. Die Entzündung ist eine subakute. Die Haut ist trocken, oft rissig, zeigt geringe Sekretion, ferner

eine progrediente Dickenzunahme, die zu lokalem Sklerem, zu Elasticitätsverlust und Atresie der Präputialöffnung führt. *H. Einhorn-München.*

Über diabetischen Brand, von Fr. König. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 25.) Der diabetische Brand entsteht hauptsächlich infolge von Arteriosklerose. Um demselben vorzubeugen, müssen alle bei Diabetikern auftretenden Entzündungen zunächst mit antidiabetischer Diät behandelt werden. Ist Nekrose vorhanden, dann hat man vor allem die Aufgabe, dieselbe trocken zu erhalten resp. zu machen, da feuchter Brand schnell fortschreitet und auf das Allgemeinbefinden sehr schädigend einwirkt. Alle feuchten Verbände, alle Desinficientien sind zu meiden; dabei müssen Phlegmonen incidiert, nekrotische Teile entfernt werden. Gelingt es nicht, den Brand trocken zu gestalten und zu begrenzen, nimmt die Phlegmone und das Fieber zu, geht der Zuckergehalt trotz Diät nicht herunter, droht gar Coma, dann ist zur Amputation zu greifen, jedoch ist strenge Asepsis für dieselbe Bedingung.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Vitiligo, seine Ursache und Behandlung, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*Tri-State med. Journ.* Januar 1896.) Beschreibung und Abbildung eines markanten Falles; die weiteren Ausführungen enthalten nichts neues. Den hauptsächlichsten ätiologischen Faktor bilden nervöse Störungen der Haut. Unter Behandlung mit dem galvanischen Strom wurde ein Fall geheilt, ein weiterer gebessert. *H. Einhorn-München.*

Bourneville berichtet über einen Fall von **Anomalie der Haarfärbung,** ein 23jähriges Frauenzimmer betreffend. Augenbrauen und Cilien des rechten Auges waren schwarz gefärbt, am linken Auge war die äufsere Hälfte der Augenbrauen ebenfalls schwarz, die innere aber, sowie die Cilien beider Lider hellblond. Bis zum Alter von 6 Jahren war angeblich die ganze Behaarung des linken Auges blond gewesen. Das linke Auge und die Augenspalte etwas kleiner als rechts. Visus beiderseits normal. Die Kopfhaare sind auf der vorderen Hälfte ganz schwarz, auf der rechten hinteren Hälfte schwarz mit blonden Büscheln untermischt, auf der linken hinteren Hälfte halb schwarz und halb blond. Die Haare der anderen Körperregionen sind schwarz. (*Progrès méd.* 1896. No. 14.) *C. Müller-Wallisellen.*

Kurze Bemerkungen über **Trichorrhexis nodosa,** von Barlow. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 26.) Nach einer kritischen Besprechung der bisher veröffentlichten Arbeiten und Ansichten über die Trichorrhexis nodosa kommt der Verfasser auf Grund seiner eigenen Erfahrungen und Versuche zu folgenden Schlüssen:

1. Der parasitäre Ursprung der Trichorrhexis nodosa ist vorläufig noch nicht zwingend bewiesen. Sicheres über die Ätiologie wissen wir zur Zeit nicht.

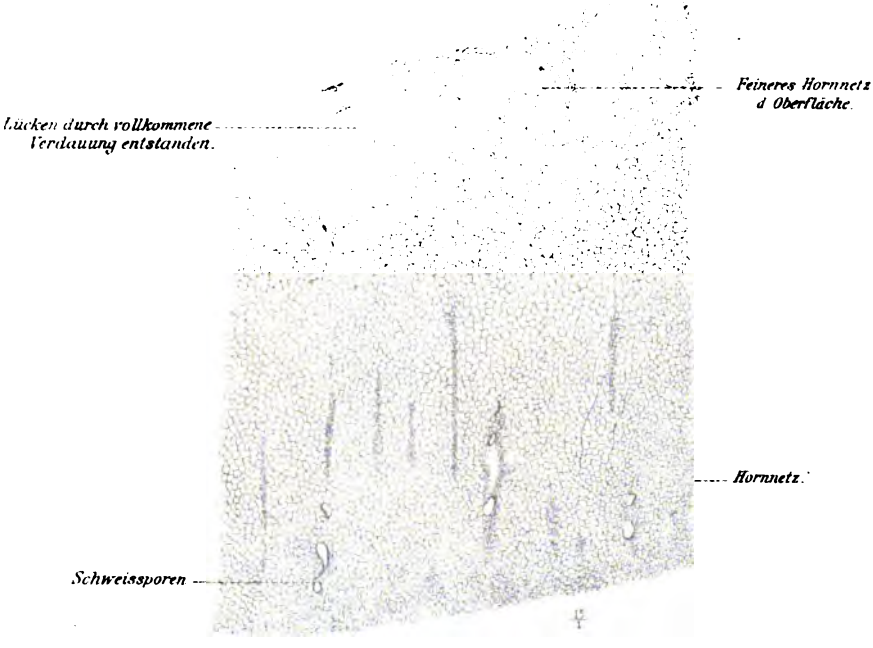
2. Es ist sicher unrichtig, eine Übertragbarkeit der Trichorrhexis nodosa vom kranken Haar auf die todte Schweinsborste ohne weiteres für die Fälle von Ravenel, Blaschko, Saalfeld und Jadassohn anzunehmen, da sich ganz typische Knötchenbildung und Auffaserung auch an Bürsten findet, welche niemals mit kranken Haaren in Berührung gekommen sind.

3. Das mechanische Moment ist nach den Erfahrungen von Wolfberg und Raymond, sowie entsprechend dem Vorkommen der Affektion auf viel gebrauchten, nicht aber auf neuen Bürsten wohl zu beachten.

4. Wahrscheinlich spielen primär Ernährungsstörungen der Haare eine Rolle für die Entstehung der Krankheit. *Neuhaus-München.*

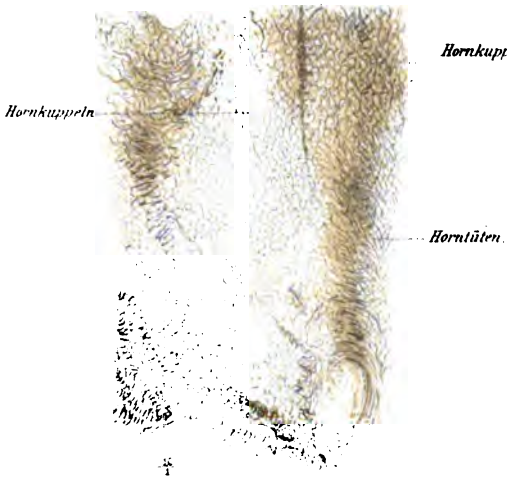
Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.



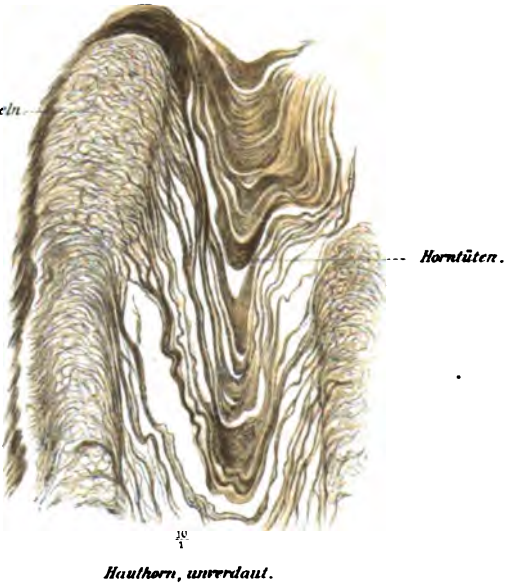
Callus, verdaut.

Fig. 4.



Hauthorn, verdaut.

Fig. 5.



Hauthorn, unverdaut.

mmelt del

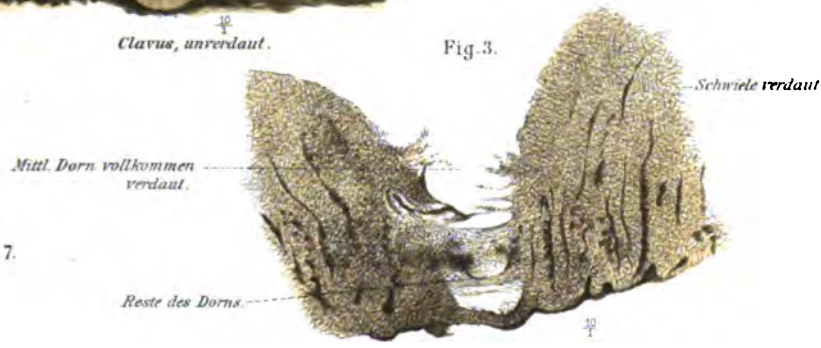
Unna: Ver

Verlag von Leopold Voss in Ha

Fig. 2.

Clavus, unverdaut.

Fig. 3.



Schnitt des Clavus Fig. 2. verdaut.

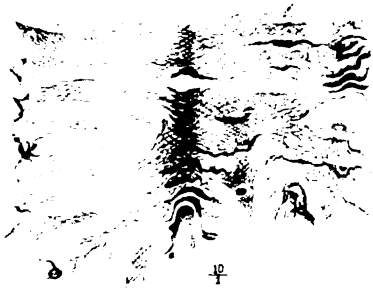
Fig. 7.

Psoriasisschuppe, verdaut.

Fig. 6.

Psoriasisschuppe, unverdaut.

Fig. 8.



Hyperkeratosis congenita, verdaut.

Fig. 9.

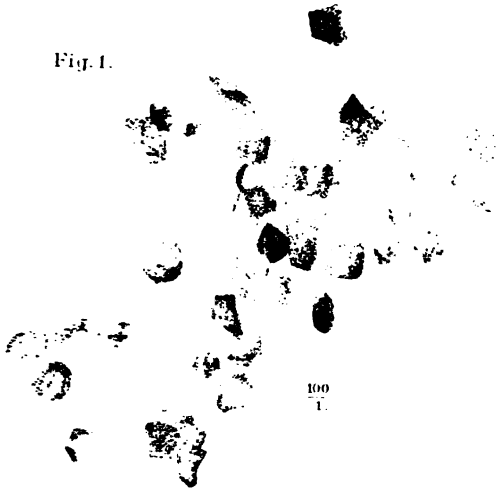
Ichthyosisschuppe, verdaut.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig

hornung.

mburg (und Leipzig).

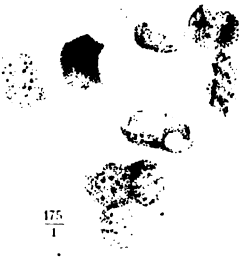
Fig. 1.



1. Normale Hornzellen.

Blutserum

Fig. 2.



2 Normale Hornzellen.

Fig. 3.

3. Normale Hornzellen.

Fig. 4.

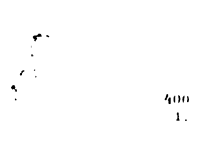
4. Normale Hornzellen mit gequollenem Relief.

Fig. 5.

5. Ichthyosis

Fig 6.

Blutserum.



6. Hyperkeratosis cong.

Rausch: Hornzellen.

Gummelt del.

Leopold Voss

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 2. 15. Januar 1897.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen.

Von

Dr. Heinr. Rausch.

(Mit Tafel III.)

An der Hornschicht lassen sich, wie Unna in seiner Anatomie der Haut (v. Ziemssens *Handbuch*) ausführlich auseinandersetzt, vier verschiedene Schichten unterscheiden und zwar von aufsen nach innen: 1. eine oberflächliche; 2. eine mittlere; 3. eine superbasale; 4. eine basale. Dieselben verhalten sich bei Einwirkung von Osmium und anderen Reagentien verschieden. Von einer Verschiedenheit der einzelnen Hornzellen unter sich wird hier noch nichts bemerkt. Jedoch existieren Anzeichen einer gewissen Ungleichmäfsigkeit; der erste, der darauf aufmerksam machte, war Behn. Derselbe bemerkte, dafs auf Osmiumschnitten die Hornzellen nicht alle dieselbe Färbung angenommen hatten, sondern einzelne grünlich, andere bräunlich gefärbt waren. Diese Beobachtung konnte von Unna bei durch Osmiumsäure mazerierten Hornzellen bestätigt werden.

Mein verehrter Lehrer, Herr Dr. Unna, dem ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank für die stets liebenswürdige Unterstützung bei meiner Arbeit ausspreche, stellte mir nun die Aufgabe, diese Divergenz der Färbung der Hornzellen vermittelst einer guten Methode näher zu untersuchen.

An der Hand dieser weiter unten des näheren zu beschreibenden Methode stellte sich eine Verschiedenheit der Hornzellen in zweifacher Hinsicht heraus: 1. zeigte sich in schönster Weise die verschiedenartige Färbbarkeit der Hornzellen; 2. eine Divergenz im Verhalten der Oberfläche der einzelnen Zellen.

Wenden wir uns nun zuerst zur Betrachtung der Farbendifferenz.

Um das Verhalten der einzelnen Hornzellen genauer zu studieren, erschien es von vornherein zweckmäfsig, dieselben nicht an Hautschnitten

zu untersuchen, sondern die Zellen durch geeignete Behandlung zu isolieren. Dies geschieht vorteilhaft durch Mazeration. Es wurden kleine Stückchen normaler Haut (Fufssohlenhaut), die möglichst vom Fettgewebe befreit waren, in die verschiedenartigsten Lösungen eingelegt, welche dann 1—2 Tage lang in Körpertemperatur gebracht wurden. Als bestes Mittel zur Mazeration hat sich mir dabei die neutral gemachte käufliche Wasserstoffsuperoxydlösung bewährt, schon nach Ablauf eines Tages liefs sich von der Oberfläche des Hautstückchens ein dicker Brei von Hornzellen abstreifen. Ihr in dieser Beziehung nicht viel nachstehend ist die konzentrierte wässerige Lösung von Acid. salicyl., die zur besseren Löslichkeit der Salicylsäure mit etwas Spiritus versetzt ist. Als gute Mazerationsmittel sind ferner folgende Reagentien zu erwähnen: reine Essigsäure, reiner Holzessig, Kochsalz in konzentrierter Lösung, konzentrierte Natr. salicyl.-Lösung, Jodkaliumlösung, ebenfalls konzentriert, Tinc. Jodi mit Wasser verdünnt, im Verhältnis 2 : 1, Soda und Pottasche in den verschiedensten Konzentrationen, die beiden letzteren Salze eignen sich namentlich in folgender Lösung vorzüglich zur Mazeration: 10 Teile Soda oder Pottasche, 30 Teile Spiritus und 60 Teile Wasser. Sehr gut zur Mazeration läfst sich auch Blutserum verwenden, dann Pankreatin, Pepsin und Papayotin. Nicht gut zu gebrauchen sind: Milchsäure, Salmiakgeist, Sublimat, Trypsin.

In Kali- und Natronlauge hebt sich nach einem Tage schon die Hornschicht in toto ab, die Zellen sind, wie sich bei der mikroskopischen Untersuchung herausstellt, völlig zerstört und zu weiteren Experimenten untauglich.

Mazeriert man mit 1%iger Osmiumsäurelösung, so hebt sich zwar auch eine zusammenhängende Schicht ab, diese stellt jedoch nicht das ganze Stratum corneum dar, sondern unter derselben befinden sich noch einige Lagen Hornzellen, welche sich ohne sonderliche Mühe abheben lassen und zur Untersuchung wohl geeignet erscheinen.

Hat man nun vermittelst eines guten Mazerationsmittels die Haut so vorbereitet, dafs sich leicht ein tüchtiger Hornbrei abheben läfst, so bringt man etwas von demselben auf den Objektträger, setzt einen Tropfen Essigsäure hinzu und breitet mit Hülfe eines anderen Objektträgers die Zellen derart auseinander, dafs sie schliefslich gänzlich isoliert sind, oder höchstens zu zweien aneinander liegen. Nun werden die Zellen über der Flamme fixiert und sie sind zum Färben fertig. Nach einigen Versuchen stellte sich als die beste Färbemethode für mazerierte Hornzellen die folgende heraus:

1. Polychrome Methylenblaulösung, dreimal durch die Flamme ziehen, bis sie eben aufdampft.
2. Kurz in schwach angesäuertes Wasser, dann Abspülen mit gewöhnlichem Wasser.

3. 1%ige Lösung von rotem Blutlaugensalz: 1 Min.
4. Kurz in schwach angesäuertes Wasser, dann Abspülen mi gewöhnlichem Wasser.
5. Alkohol, Öl, Balsam.

Bei dieser Art zu färben überraschte nun konstant die Erscheinung, dafs auf demselben Objektträger die Hornzellen sich nicht gleichmäfsig, sondern verschieden färbten.

Am meisten in die Augen springend ist das Auftreten von roten und blauen Zellen, welches sich namentlich in hervorragender Weise bei Mazeration mit neutraler Wasserstoffsuperoxydlösung, Salicylsäure und Blutserum zeigt. Die Anzahl der blauen und roten Zellen ist ungefähr gleich grofs, jedoch ist die Sache nicht so zu verstehen, als ob etwa auf der einen Seite des Präparates alle roten, auf der anderen alle blauen lägen, im Gegenteil, sie sind bunt untereinander verteilt, so dafs sich dem Auge ein farbenprächtiges Bild darbietet. Oft kann man eine rote Zelle eingekeilt in einen Kreis von blau gefärbten sehen, dann wieder sieht man zwei Hornzellen mit ihren feinen Zacken innig verbunden nebeneinander liegen, von ihnen ist die eine Zelle leuchtend rot, die andere schön blau gefärbt. An den Berührungspunkten scheinen die beiden Farben ineinander überzugehen, aber man erkennt sehr deutlich, dafs hier nur verschieden gefärbte Flächen übereinander liegen.

Die oben angegebene Färbung trifft eine völlig scharfe Auslese unter den Zellen. Die vorhin genannten Mazerationsmittel, welche sich für die Demonstration der verschiedenen Hornzellengattungen am besten eignen, können zugleich als die relativ mildesten und chemisch am wenigsten angreifenden betrachtet werden und es ist deshalb wohl der Schlufs gerechtfertigt, dafs die auf diese Weise hervortretenden Unterschiede zwischen den Hornzellen normalerweise in der Hornschicht vorgebildet sind.

Nicht bei allen Mazerationsmitteln lassen sich die Farbenunterschiede allerdings so grell wiedergeben, wie bei den eben erwähnten, sondern es treten zwischen den beiden Farben blau und rot alle möglichen Übergänge auf. So finden sich z. B. bei Mazeration mit Holzessig neben blau und rot gefärbten auch solche Zellen, die mehr einen violetten Ton angenommen haben, bei mit Essigsäure mazerierter Haut sind die Hornzellen sehr stark und vorwiegend violett gefärbt, eigentliche blaue oder rote Zellen sind hier gar nicht zu sehen. Offenbar verändern die sehr stark sauren und bekanntlich die Hornsubstanz gewaltig angreifenden Eigenschaften der genannten Säuren die spätere Farbenreaktion in einer Weise, dafs wir das Resultat nicht ohne weiteres als ein der Norm entsprechendes auffassen können.

Im Gegensatz zu den stark sauren Mitteln zeigen die Alkalien, vor allem die Lösungen von Soda und Pottasche, in verschiedener Kon-

zentration die Farbenunterschiede in auffallend verstärktem Grade, die Hornzellen sind nirgends so tief dunkelrot und dunkelblau gefärbt, als nach Mazeration mit diesen Alkalien. Auch diese übertrieben starke Verschiedenheit bin ich nicht geneigt, als eine der Norm ganz entsprechende aufzufassen, da die obengenannten indifferenteren Mittel von so krassen Unterschieden nichts aufweisen. Wir lernen aber daraus, daſs die Alkalien, indem sie die Hornzellen verändern, die Grunddifferenz der verschiedenen Hornzellenarten nicht verwischen und aufheben, sondern im Gegenteil zu verstärken geeignet sind.

So einfach und klar der mikroskopische Befund bei dieser Behandlung der Hornzellen ist, so schwierig erscheint die Deutung des Phänomens. Von der Annahme ausgehend, daſs das Auftreten der verschiedenen Farben mit dem verschiedenen Fettgehalt der einzelnen Zellen zusammenhängen könne, wurden die Hornzellen, nachdem sie über der Flamme auf dem Objektträger fixiert waren, durch heiſsen Äther gründlichst entfettet und darauf nach der gewöhnlichen Methode gefärbt. Die Hoffnung, daſs nun etwa alle Zellen blau oder rot, mit anderen Worten sich gleichmäſsig gefärbt haben würden, war nicht in Erfüllung gegangen. Wohl zeigten die Zellen nicht die scharfen Unterschiede zwischen rot und blau, wie ohne diese Manipulation, allein sie waren keineswegs gleich gefärbt, sondern die einen waren rötlich und die anderen mehr violett gefärbt, sie waren kurz von ähnlichem Verhalten, wie die Zellen nach solchen Mazerationsmitteln, welche zur Darstellung der Farbenunterschiede weniger geeignet erscheinen.

Schlägt man den umgekehrten Weg ein und fixiert das Fett durch Behandlung mit 1%iger Osmiumsäurelösung, so zeigt sich zunächst wieder der schon von Behn angegebene Befund: ein Teil der Zellen ist grünlich, ein anderer bräunlich gefärbt. Färbt man nun mit der eingangs erwähnten Methode und zwar so, daſs man nur die eine Hälfte des Objektträgers, auf dem die mit Osmium vorgefärbten Zellen fixiert sind, mit Farbe bedeckt und die andere Hälfte zum Vergleiche frei läſst, so findet man, daſs die vorher grünlichen Zellen nun durch Aufnahme eines blauen Tones ganz grün gefärbt sind, im ganzen aber wenig Farbe aufgenommen haben, während die bräunlichen sich dunkler gefärbt, und zwar einen mehr violetten, manchmal ins rötliche überspielenden Ton angenommen haben.

Aus diesen Versuchen geht hervor, daſs durch Behandlung mit kochendem Äther die Farbendifferenz der Hornzellenarten bis zu einem gewissen Grade, aber nicht vollkommen, sich verwischen läſst oder, daſs mit anderen Worten der Fettgehalt der Zellen die Färbung wohl beeinfluſst, aber nicht den wesentlichen Unterschied der beiden Färbungen ausmacht. Aus den Osmiumpräparaten andererseits scheint mir hervor-

zugehen, daſs in den verschiedenen Hornzellenarten verschiedene Fettarten vorliegen. Wir finden einerseits Zellen, welche Osmium sowohl wie auch unsere alkalischen Farben leichter aufnehmen (braun, resp. violett gefärbte Zellen), andererseits Zellen, welche sowohl Osmiumsäure wie die alkalischen Farben nur schwer und langsam aufnehmen (grünliche, resp. blaugrüne Zellen).

Die hierbei klar hervortretende Fettdifferenz der Zellen harmoniert aber keineswegs mit der eben so klaren Farbendifferenz der unentfetteten Zellen. Wir kommen mithin schlieſslich zu dem Resultate, daſs die zu erklärenden Tingibilitätsdifferenzen der Hauptsache nach nicht auf Fettdifferenzen beruhen, wohl aber durch den Gehalt an Fett, und zwar wahrscheinlich an verschiedenen Fetten, in der Farbennuance und Farbentiefe beeinfluſst werden. Gegen den wesentlichen Einfluſs von Fett, resp. Fettsäuren spricht auch der vorhin erwähnte Einfluſs von Säuren und Alkalien auf die Tingibilitätsverhältnisse. Denn wir sahen, daſs starke Säuren (Essig, Holzessig), welche im stande sind, Fettsäuren frei zu machen, die Farbenunterschiede verwischen, und umgekehrt treten dieselben nirgends krasser hervor, als nach der Mazeration vermittelst der Alkalien, welche geeignet sind, Fettsäuren zu binden, zu verseifen und löslich zu machen. Es scheint, daſs gerade nach einer solchen Behandlung mit Alkalien erst diejenigen Körper, welche die Färbdifferenzen bedingen, von den anhaftenden, in Alkalien löslichen Substanzen (unter anderem Fettsäuren) befreit sind.

Die zweite Thatsache, die sich bei den durch die verschiedenartigsten Mazerationsflüssigkeiten isolierten Hornzellen vermittelst der mehrfach erwähnten Färbemethode feststellen lieſs, war das eigentümliche Verhalten der Oberfläche. Es stellte sich nämlich heraus, daſs die Oberfläche der Zellen nicht eine glatte, homogene Fläche darstellt, sondern sich auflöst in eine Unsumme kleiner Punkte, welche der eigentlichen Zelloberfläche, resp. dem Hornmantel derselben aufgesetzt sind.

Schon bei schwacher Vergröſserung läſst sich diese feine Punktierung, für welche mir der von Herrn Dr. Unna vorgeschlagene Name: „Relief der Hornzellen“ recht glücklich gewählt scheint, wie ein Hauch erkennen, bei immer stärkerer Vergröſserung löst sich die Wolke mehr und mehr auf, bis schlieſslich bei Anwendung der Ölimmersion das Relief bis ins einzelste klar und deutlich gefärbt zu Tage tritt. Bis jetzt läſst sich das Relief noch nicht an allen Zellen zur Darstellung bringen und müssen wir vorerst zwischen glatten und Reliefzellen unterscheiden, jedoch glaube ich, daſs es mit einem vielleicht etwas modifizierten Verfahren gelingen wird, ein Relief auch an allen Zellen sichtbar zu machen. Denn es existieren unter den Punktierungen ziemlich bedeutende Gröſsenunterschiede, die ganz ungefärbten Zellen, welche stets ein blaues Relief

zeigen, weisen die dicksten Punkte auf, die violetten Reliefzellen besitzen ein bei weitem feineres Punktsystem und es könnte wohl sein, dafs die roten und anscheinend glatten Zellen bei noch stärkerer Vergrößerung oder anderen Färbemethoden ein äufserst feines, bisher nicht sichtbar zu machendes Relief aufweisen.

Die Farbe des Reliefs ist im allgemeinen blau und die Zellenfarbe wird wesentlich durch die Farbe des Reliefs mitbestimmt. Was ich bisher kurz als blaue Zellen bezeichnet habe, stellt sich, wie oben schon bemerkt, bei Betrachtung des Reliefs in den meisten Fällen als ein blaues Relief auf einer ungefärbten Zellenoberfläche dar. Da wo das Relief einer roten Zellenoberfläche aufsitzt, erscheint es gewöhnlich in der Mischfarbe violett.

Die Zellen, an denen wir ein Relief bis jetzt noch nicht hervorrufen konnten und die wir vorläufig unter die Rubrik der glatten verzeichnet haben, sind fast immer rot gefärbt, während an den blauen und violetten immer ein Oberflächenrelief zu sehen ist.

Die verschiedenen Mazerationsflüssigkeiten haben auf die Sichtbarmachung des Reliefs der Hornzellen einen entschiedenen Einfluſs. Am schönsten gelingt die Darstellung an mit neutraler Wasserstoffsuperoxydlösung oder Salicylsäure isolierten Zellen. Namentlich bei der letzteren ist das Relief von einer wunderbaren Feinheit und Klarheit. Wenn hier zufällig eine rot- und eine blaugefärbte Zelle hart aneinanderliegen, so kann man sehr schön beobachten, wie das blaugefärbte Relief der blauen Zellen kontinuierlich sich fortsetzt auf die rote Zelle und hier den violetten Ton annimmt, ein Umstand, der vielleicht bei der Deutung des Reliefs berücksichtigt zu werden verdient. Derselbe Umstand wirft ein Licht auf die Deutung vieler sehr bunter und zunächst befremdlich aussehender Hornzellen, welche einzelne oder mehrere rundliche oder eckig begrenzte Flecke von anderer Farbe als der Zellenkörper aufweisen. Beispielsweise sieht man helle Zellen mit einem deutlichen, scharf punktierten, groben, blauen Relief, die verschiedene scharf begrenzte, fein punktierte, violette Flecke zeigen, zuweilen ist $^1/_3$ bis $^1/_2$ der gesamten Oberfläche anders gefärbt und stets sind die Grenzen der Farben so scharf und so genau mit einer Änderung des Reliefcharakters zusammenfallend, dafs es sich nicht um Zufälligkeiten der Färbung oder Entfärbung handeln kann. Berücksichtigt man, dafs jede Hornzelle ein Polyeder darstellt, welches mit mehreren anderen Nachbarpolyedern durch rundliche oder polygonale Facetten in Berührung steht, so erklären sich die anders gefärbten Flecke der Zellenoberfläche durch den Kontakt mit anders gefärbten Hornzellen im Bereich der Berührungsflächen.

Sehr gut zur Darstellung des Reliefs geeignet als Mazerationsmittel sind auch die folgenden zu empfehlen: Blutserum, Holzessig, Jodkalium, Tinct. Jodi mit Wasser verdünnt (2 : 1), Flores sulf., im Wasser auf-

geschwemmt, Pankreatin, Papayotin. Die Mazeration mit Soda- oder Pottaschelösung hat in verschiedenen Konzentrationen auf das Relief einen besonderen Einfluſs. Stellt man sich nämlich eine nur schwache Lösung dar, so treten neben den feinen Reliefpunkten unregelmäſsig unter sie zerstreut dicke Klumpen auf, welche schon mit schwacher Vergröſserung als Klumpen, nicht als Punkte in die Erscheinung treten. Es scheint, als ob das Relief stellenweise aufgequollen oder zu Ballen zusammengeflossen wäre. Je konzentrierter die Lösung wird, um so feiner wird das Relief wieder, bis schlieſslich von einer Quellung nicht mehr die Rede sein kann. Ein ähnliches Verhalten fördern die Kochsalzlösungen zu Tage, auch bei Mazeration mit Blutserum, Papayotin und Trypsin erscheint das Relief stellenweise gequollen.

In der Litteratur sind bisher nur spärliche Angaben über diejenige Struktur der Oberfläche der Hornzellen gemacht worden, welche wir hier unter dem allgemeinen Namen des Reliefs betrachtet haben. Der erste, welcher dieselbe gesehen zu haben scheint, und zwar zunächst nur an Schnitten durch osmierte Haut, war UNNA. Derselbe schreibt in seiner im Jahre 1876 erschienenen Arbeit *„Beiträge zur Histologie und Entwickelungsgeschichte der menschlichen Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde“* an der Stelle, wo er über die Verhornung spricht, folgendes: „Zugleich sind die Stacheln kleiner geworden, aber sie sind noch vollkommen deutlich. Hier und dort scheinen sie schwarze Körnchen aufgenommen zu haben, bis sie dort, wo nur noch feine helle Randzonen geblieben sind, zwischen derselben ganz als schwarzgekörnte Bänder erscheinen. Es ist beim Auf- und Abstellen der Mikrometerschraube durch den Wechsel zwischen dunkeln und hellen Körnchen leicht zu beweisen, daſs die Metamorphose der Stacheln nicht auf wirklicher Schwarzfärbung durch Osmium beruht, sondern dadurch zu stande kommt, daſs die früher hellen, homogenen Stacheln zu kleinen Rudimenten zusammenschrumpfen und dadurch das Licht weit stärker brechen.“

Hier beschreibt also UNNA zuerst eine Veränderung des Stachelpanzers der Stachelzellen während der Verhornung, was es plausibel erscheinen läſst, daſs die Stacheln nicht, wie man früher annahm, in der Hornschicht vollständig verschwinden, sondern in deutlichen Resten persistieren. In dieser Arbeit hat aber UNNA noch nicht die später von ihm aufgestellte, offenbar richtige Anschauung gewonnen, daſs die Zellen mit diesen verkürzten Stachelresten aufeinanderstoſsen, sondern er glaubte damals noch, daſs sie mit diesen Resten gegenseitig ineinandergriffen, denn er fährt folgendermaſsen fort: „Es gehen also zwei Prozesse im Vorschube der Retezellen wesentlich Hand in Hand: ein engeres Zusammenrücken der einzelnen Zellen durch das Kleinerwerden der Stacheln bedingt und ein Auftreten von verschieden groſsen Körnern, zuerst um den Kern herum.

Die eigentlichen Körnerzellen nun, welche durchaus von Körnern erfüllt sind, zeigen auch am äufseren Kontur einen Fortschritt des hier stattfindenden Prozesses. Die Stacheln sind vollkommen verschwunden, wie LANGERHANS richtig angiebt.

„Statt dessen finde ich, freilich nur selten mit starken Vergröfserungen schön zu sehen, die Zellen mit feinen Zacken ineinander greifen. Auch hierdurch entsteht noch zuweilen das Bild einer feinen Körnerlinie als Zellkontur, und dieses feinzackige Ineinandergreifen tritt an den nun folgenden, hellgewordenen Zellen ebenso deutlich wieder hervor, wie selbst nach Passierung des schwarzen Basalstreifens noch an den hellgelassenen Zellen der mittleren Hornschicht."

UNNA modifiziert diese Ansicht in seiner „Entwickelungsgeschichte und Anatomie der Haut" in *v. Ziemssens Handbuch* (1882) wie folgt; „Ganz platt aneinander liegen nun freilich diese Hornzellen doch nicht und ich habe bereits 1875 (Dissertation, Strafsburg) angegeben, dafs sie (an Osmiumpräparaten ohne Alkalien isoliert) ganz feine Zacken, rudimentäre Stacheln auf ihrer Oberfläche erkennen lassen. Damals glaubte ich, dafs die Zellen mit denselben ineinandergriffen. Aber es ist besonders an mit Pepsin und Trypsin verdauter Hornschicht sehr gut zu sehen, dafs diese Zacken aufeinanderstofsen, also an isolierten Zellen nichts weiter sind, als die durchgebrochenen rudimentären Verbindungsbrücken, welche im Verhornungsprozesse auf ein Minimum geschrumpft, erhalten bleiben. Daraus geht hervor, dafs die Hornzellen ihren festen Zusammenhang nicht etwa durch eine Kittsubstanz oder dadurch finden, dafs ihre Hornmembranen miteinander verschmelzen, vielmehr vermöge der Persistenz der von Anfang an vorhandenen Verbindungsfäden. An verdauter Hornschicht findet man dementsprechend auch in der That noch zwischen den Hornzellen feinste Spalten, welche aber keine wässerige Flüssigkeit ansaugen werden, da sie, wie die mit Pepsin hergestellten Präparate zeigen, mit feinsten Fetttröpfchen erfüllt sind."

Wenn wir uns nun zur Bedeutung des in den meisten Hornzellen zur Darstellung gebrachten Reliefs wenden, so halte ich dafür, dafs wir es hier mit dem reduzierten Stachelpanzer zu thun haben. Es kann keinem Zweifel unterworfen sein, dafs wir an unseren Zellen die beschriebenen Stachelrudimente vor uns haben, die sich hier, von der Fläche gesehen, als das Relief präsentieren und die UNNA an verdauten Schnitten an den im Stadium der Verhornung befindlichen Körnerzellen gesehen hat. Nach den Angaben dieses Autors könnte man vielleicht vermuten, dafs dieser Stachelpanzer überall gleich ausgebildet ist, jedoch haben sich, wie aus meiner Arbeit erhellt, charakteristische Unterschiede bei den einzelnen Zellen herausgestellt.

Ob die Verschiedenheiten des Reliefs mit der Färbungsdifferenz der

ganzen Zellen in ursächlichem Zusammenhange stehen, lasse ich dahingestellt, jedoch scheint mir ein solcher bisher nicht erweisbar.

Schliefslich will ich noch bemerken, dafs ich das Relief der Hornzellen auch bei Verhornungsanomalien der Haut ausgeprägt gefunden habe.

Die Psoriasisschuppen lassen sich gut mazerieren, und die isolierten Zellen zeigen gefärbt in Bezug auf Relief und Divergenz der Färbung ein nahezu gleiches Verhalten wie die normalen Hornzellen.

Auf Schwierigkeiten stöfst man bei der Mazeration der Hyperkeratosis cong. und Ichthyosis. Dieselbe gelingt nur befriedigend, wenn man die Schuppen vier bis sechs Tage lang in neutraler Wasserstoffsuperoxydlösung in Körpertemperatur läfst. Dann empfiehlt es sich, den Hornbrei nicht mit Essigsäure, sondern Xylol zu zerreiben, weil damit die Zellen sich besser ausbreiten lassen. Da die Tingibilität dieser Zellen nicht nur eine geringere ist, als an den normalen, sondern sie sich auch viel schneller wieder entfärben, so ist es gut, hier einerseits mit polychromer Methylenblaulösung zehn Minuten in der Wärme zu färben, anderenteils auf die Anwendung des angesäuerten Wassers gänzlich zu verzichten.

Die so behandelten Ichthyosiszellen sind schwach gefärbt, und zwar sind alle ziemlich gleichmäfsig violett.[1]

Das Relief ist aufserordentlich fein ausgeprägt. Bei der Hyperkeratosis sind ebenfalls die meisten Zellen violett gefärbt. Das Relief zeigt insofern eine Besonderheit, als die Punktierung an vielen Stellen zu einem netzförmigen Leistensystem zusammenfliefst, zwischen welchem deutliche runde Linien ausgespart bleiben. Dieser Umstand sowohl, wie das sehr feine Relief der Ichthyosiszellen ist bei dem Studium der Verhornungsanomalien von nicht unwesentlicher Bedeutung, indem beides mir der Ausdruck eines festeren Zusammenhaltens der Zellen untereinander zu sein scheint.

---

[1] Die vorwiegend violette Farbe der Zellen bei diesen Hyperkeratosen spricht vielleicht für das Vorhandensein einer stark sauren Reaktion der Hornzellen bei denselben; vergl. die oben angeführte violette Farbe der normalen Hornzellen nach der Mazeration mit Essig und Holzessig.

Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum.

II.

Von

Prof. Dr. R. Bergh[1]

(Kopenhagen).

Die Urethra des Mannes besteht aus einem hinteren Teil, in welchen die Urinblase einmündet, und einem vorderen, der der Kopulation dient und der umgebildete urogenitale Kanal ist. In den hintersten Teil dieses urogenitalen Kanals öffnet sich der Überrest der zusammengeschmolzenen Müller'schen Gänge (Vesicula prostatica, [Uterus mascul. s.] Vagina masculina) und an jeder Seite desselben der zum Samenleiter umgebildete Wolff'sche Gang. Dieser hintere Teil ist noch und bis an den Blasenhals von stark verzweigten, zu einer gemeinsamen Masse verbundenen Drüsen, der Prostata, umgeben.

Die Urethra beim Weibe ist mit dem allerhintersten Teile der Urinröhre des Mannes homolog. Die Urinröhre ist, wie der entsprechende Teil beim Manne, von glandulösen, aber nicht zu einer gemeinschaftlichen Masse verbundenen (parurethralen) glandulösen Crypten und Gängen, einer Art Prostata, umgeben. Die vor der Urethra liegende Partie ist der urogenitale Kanal. In denselben mündet die aus den Müller'schen Gängen hervorgegangene Vagina, während der untere Teil der Wolff'schen Gänge (schon lange vor der Geburt des Individuums) verschwunden ist. Der Analogie nach wären die Fortsetzung und die Einmündungsstelle dieser Gänge zunächst längs des Uterus und am Collum uteri und nicht längs der Urethra zu suchen; bei der Cervix uteri sind sie aber nie nachgewiesen. Möglicherweise verführt durch das Bestreben, eine vollständige Homologie des hinteren Teiles der Urinröhre beim Weibe und beim Manne durchzuführen, haben verschiedene Untersucher (Kocks, Böhm, Wassilieff u. A.) diese parurethralen (Skene'sche) Gänge, von denen in der Regel nur einer an jeder Seite der Urethra vorkommen sollte, als Fortsetzung der Wolff'schen Gänge deuten wollen, was ganz sicher falsch ist.[2] Wie Gegenbaur mir brieflich mitgeteilt hat, ist es eben das Fehlen dieser letzteren Gänge, das diesen ausgezeichneten Anatomen dazu bewogen hat,

---

[1] Der vorige Abschnitt (I) dieser Symbolae wurde in diesen Monatsheften, XIX. Band, 1894, pag. 403—414 veröffentlicht.

[2] Wie näher in dem im nächsten Jahre folgenden III. Abschnitte dieser Symbolae entwickelt werden soll.

die Homologie der Urethra des Mannes und des Weibes (ohne nähere Begründung) überhaupt zu verneinen; ihm zufolge ist die Urethra beim Weibe nur ein trichterförmig ausgezogener Teil der Vesica urinaria.[3]

Als Vestibulum (vaginae) bezeichnete schon Jac. Huber[4] die vor dem Eingange in die Vagina liegende Partie der Vulva, eine Benennung, die ganz zweckmäfsig den von Sev. Pinaeus (Pineau) eingeführten Namen Pronaus ablöste.[5] Die Benennung Vestibulum ist jetzt, und vielleicht definitiv, durch die neue, von His redigierte anatomische Nomenklatur festgestellt.[6]

Das Vestibulum ist somit der innerhalb der grofsen Lippen liegende, bald mehr flache, bald mehr vertiefte Raum, der nach oben von der Clitoris, nach unten vom Frenulum nympharum oder labiorum, und an den Seiten von den Nymphen oder nach oben von den Nymphen und danach von der Innenseite der grofsen Lippen begrenzt wird.[7] In der Tiefe (nach hinten) setzt sich das Vestibulum, wenigstens nach Sprengung des Hymens, unmittelbar in die Vagina fort.

Die untere Grenze des Vestibulums wird bei Individuen mit wohl entwickelten Nymphen, und die nicht geboren oder jedenfalls nur ganz früh abortiert haben, deutlich von einem Frenulum nympharum gebildet. Recht häufig ist das Verhältnis jedoch weniger klar, indem am innersten Teile der Innenseite der grofsen Lippen eine ganz niedrige Leiste oder Falte gesehen werden kann, welche die in diesem Falle kürzeren Nymphen gleichsam fortsetzt; diese Falten können dann ineinander übergehen und ein Frenulum bilden.[8] Oberhalb dieses Frenulum, zwischen diesem und dem Hymen oder seinem Überrest, der unteren Carunkel, findet sich die der Höhe der Commissur nach mehr oder weniger tiefe Navicula vestibuli. Weniger häufiger kommt es, wie früher[9] erwähnt, vor, dafs sich unterhalb dieses Frenulums noch ein wirkliches Frenulum labiorum (commissura labb. post.) befindet, also ein wahres Querband zwischen den grofsen Lippen. In solchen Fällen findet sich unterhalb

---

[3] Gegenbaur, *Lehrbuch der Anatomie des Menschen.* 5. Aufl. II. 1892. pag. 136, 178, 183.

[4] Jac. Huber, *De vagina — nec non de hymene commentatio.* Göttingen. 1742. pag. 7, 6 u. m. St. Tab. Fig. 3, 4, 5.
Vgl. Hyrtl, *Onomatologia anat.* 1880. pag. 424, 616.

[5] S. Pinaei, *Opusculum physiol. anatom. — tractans analytice notas primo integritatis et corruptionis virginum etc.* Francof. 1599. lib. I, cap. 9, pag. 49.

[6] W. His, *Die anatomische Nomenklatur.* 1895. pag. 64.

[7] Bei verschiedenen Anatomen und Klinikern wird als Vestibulum nicht der Raum zwischen den Nymphen, sondern nur sein oberer Abschnitt, zwischen der Clitoris und der Urethralpapille liegend, bezeichnet. Solches ist somit z. B. mit Tillaux (*Traité d'anat. topogr.* 3 éd. 1882. pag. 853) und mit Martineau (*Leçons sur les déformations vulvaires et anales.* 2. éd. 1886. pag. 47) der Fall.

[8] u. [9] R. Bergh, *Symbolae.* I. l. c. 1894. pag. 404.

des Frenulum nympharum und hinter demselben noch eine schwache Vertiefung vor dem (übrigen) Interfemineum, eine Navicula posterior. Die obere Grenze des Vestibulums wird von der Clitorispartie gebildet, seine Seitenwände, wie erwähnt, von den Nymphen oder von diesen und einem Teil der Labien. Wesentlich ist das Vestibulum also von den Nymphen begrenzt, die unten ein Frenulum nympharum bilden und sich oben je in das Frenulum clitoridis und das Crus praeputii clitoridis spalten.

Die Benennung Nymphae scheint mit dieser Bedeutung erst von PINAEUS[10] und von SPIGELIUS[11] angewendet und wurde danach von R. DE GRAAF wieder hervorgezogen — ea propter quod aquis e vesica prosilientibus proxime adstare reperiantur.[12] Obgleich diese Organe bei den Anatomen und Klinikern oft auch Labia minora genannt werden, ist die Benennung Nymphae doch die gewöhnliche geblieben.

An der zweiten Abteilung des alten allgemeinen Hospitals von Kopenhagen, der für die öffentlichen Frauenzimmer reservierten, sind früher, in den letzten Jahren vor 1886 im ganzen 571 (594) verschiedene Individuen in Bezug auf das Vestibulum und seine Einfassung untersucht worden.[13] An der zweiten Abteilung des (1886) geöffneten Vestre Hospitals, welches die klandestine (nicht öffentliche) Prostitution aufnimmt, sind in den letzten etwa 10 Jahren 2410 (2442) verschiedene, meistens junge Individuen,[14] die zum ersten Male in das Spital eingelegt worden waren, in ähnlicher Weise einer Untersuchung unterworfen gewesen.[15]

---

[10] PINAEUS, l. c. 1599. lib. I, cap. II, pag. 12—19.

[11] A. SPIGELIUS, *De hum. corp. fabrica.* 1632. lib. I, cap. IV, pag. 13; lib. VIII, cap. XVIII, pag. 329—330. „Nymphae dictae vel quia primum sponsum admittant; vel, quia nympharum officia fungantur, ut enim illae rivis et scaturientibus praesunt aquis: sic hae urinae rivulo praefectae videntur." (SPIGEL hat hier, ohne es zu nennen, fast wörtlich den PINEAU abgeschrieben.)

Vgl. auch HYRTL, *Onomat. anat.* 1880. pag. 359—360.

J. CASSERII, *Tab. anat.* ed. D. BUCRETIUS. 1632. pag. 183. Tab. XVII, Fig. 1 DD, 4 CC, 5 EE.

[12] REGNERI DE GRAAF, *De mulierum organis generationi inservientibus tractatus novus.* 1672. Cap. IV, pag. 29.

„Die Najaden an der Harnquelle." HYRTL, *Das Arabische und Hebräische in der Anatomie.* 1879. pag. 72.

[13] Von diesen waren 162 zwischen 15 und 20, 242 zwischen 20 und 25 und 40 über 30 Jahre alt. 192 hatten geboren; bei 23 derselben waren die anatomischen Verhältnisse in der Art verwischt oder unsicher, dafs sie hier nicht mitgerechnet worden sind.

[14] Von denselben waren 4 eben nur 14 Jahre alt, 29 im 16., 27 im 17., 171 im 18., 232 im 19. und 249 im 20. Jahre, 152 waren über 30 (bis 51) Jahre alt. 933, gegen 38,4%, hatten abortiert oder geboren, 496 nur ein, 161 zwei mal; von diesen 933 sind 82 aus den oben erwähnten Gründen nicht mitgerechnet worden. 1509 hatten nie geboren.

[15] Die Patientinnen sind immer in liegender Stellung auf dem Visitationsstuhl untersucht, mit den Knien ziemlich weit von einander gespreizt und bei leichter Anspannung des Vestibulums mit den untersuchenden Fingern.

Das Vestibulum ist im ganzen nie recht tief, variiert aber in dieser Beziehung je nach der Lage der Vulva mehr nach vorn oder mehr nach hinten, nach der Dicke der grofsen Lippen und nach der Lage des Hymens oder der hymenalen Überreste (Carunculae hymenales s. myrtiformes) etwas mehr oder weniger nach vorn.

Im ganzen variieren die Nymphen ganz bedeutend an Form wie an Gröfse, meistens sind sie aber doch nicht recht klein. Bei 1475 von 2200 untersuchten Individuen ragten sie mehr oder weniger vor den grofsen Lippen hervor.[16] In der Regel sind sie ziemlich symmetrisch, meistens auch in Form und Gröfse übereinstimmend; wenn ungleich grofs, ist gewöhnlich die linke gröfser. Kleine und kürzere Nymphen sind meistens durch ihre ganze Länge von etwa derselben Höhe, nur oben und unten allmählich niedriger. Grofse Nymphen wachsen meistens schnell an Höhe von oben bis etwa zum Übergang zwischen ihrem oberen und mittleren Drittel, um danach nach unten schnell niedriger zu werden, mitunter tritt der obere Teil gleichsam etwas lappenartig hervor. Der Rand der Nymphen ist meistens feiner- oder gröber-rundzackig, mitunter gleichsam eine Reihe von niedrigen und weichen Spitzen zeigend; oben und unten ist der Rand jedoch fast immer eben. Wenn die Nymphen grofs sind und vor den grofsen Lippen hervorragen, zeigen ihre Seiten oft schwache Runzeln, meistens der Länge nach, seltener und dann besonders an dem vorderen Teile der Innenseite quer verlaufend. Fast immer aber zeigt die Innenseite einen ausgeprägten Unterschied zwischen einer inneren glatten, schleimhautartigen, mitunter gleichsam seidenartigen Partie und einer äufseren, mehr hautartigen, mehr rauhen Partie. Die Grenze zwischen diesen Partien wird oft von einer schwach hervortretenden Leiste[17] gebildet, die mitunter ganz kleine Zacken zeigt, die bis zur Verwechselung akuminate und filiforme Kondylome vortäuschen können. Viel seltener zeigt sich die innere Partie von fast derselben Beschaffenheit, wie die äufsere, auch mit entwickelten, vortretenden kutanen Papillen versehen, die sich noch auf das Hymen fortsetzen können, wie bei dem von Dohrn[18] beschriebenen Hymen fimbriatus. Die Dicke der Nymphen beträgt gewöhnlich 2—3 mm; fast immer sind sie gegen den freien Rand hin dünner, mitunter auch neben der nympholabialen Furche, besonders bei gröfserer Tiefe derselben. Die kurzen und niedrigen, nicht aufserhalb der grofsen Lippen hervorragenden Nymphen sind mehr rötlich, mehr weich und etwas feucht. Die längeren und teilweise frei hervortretenden sind

[16] Vgl. R. Bergh, *Symbolae.* I. 1894. pag. 405.

[17] Erst Hart scheint die Aufmerksamkeit auf diese „Linie" bei einer der Sitzungen der Edinburgh obstetrical soc. (*Edinb. med. journ.* XXVIII. 1883. pag. 264) hingelenkt zu haben. Die Linie ist aber nicht „weifs" (Ballantyne).

[18] Dohrn, Die Bildungsfehler des Hymens. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* XI. 1885. pag. (1—19) 5. Taf. (I—VI) III.

dagegen an der ganzen Aufsenseite, sowie an der äufseren Hälfte der Innenseite mehr bräunlich oder selbst dunkler, fester und mehr trocken. Bei älteren Dirnen zeigen sie sich mitunter schlaff, gleichsam welk und ganz auffallend trocken; nur selten sind die Nymphen ganz dünn, fast durchscheinend.[19]

Trotz ihrer im ganzen doch ein wenig feuchten und gleichsam etwas schleimhautartigen Oberfläche zeigen die normalen Nymphen histologisch doch zunächst kutane Charaktere. Sie sind von einer ziemlich lockeren, fast fettlosen Bindesubstanz gebaut, von reichlichem, elastischem Gewebe und Massen von glatten Muskelbündeln, sowie von einem dichten Venennetze durchzogen, das den Nymphen eine gewisse Ähnlichkeit mit erektilem, kavernösem Gewebe verleiht. Sie zeigen ein wohl entwickeltes, einwärts gegen das Hymen an Stärke abnehmendes Papillarlager, Talgdrüsen, Vater - Pacinische Körper, Krausesche Endkolben und Wagner-Meissnersche Gefühlskörper, dagegen keine Schleimdrüsen; sie sind von einem mehrschichtigen Plattenepithele überzogen (Merkel, Carrard, Ballantyne[20]). In stärker entwickelten Nymphen scheint auch adenoides Gewebe, besonders um die Talgdrüsen, vorzukommen.[21] Sehr stark entwickelt sind die Talgdrüsen, meistens etwas schräg liegend. Martin und Leger zufolge[22] sollen an der Aufsenseite der Nymphen auf jedem □cm etwa 100 solche vorkommen, an der Innenseite 120—150, in der Navicula dagegen nur 20 (und die Anzahl soll am Praeputium clitoridis noch geringer sein). Nicht ganz selten zeigen sich diese (gefüllten) Drüsen als weifslichgelbe, dichtstehende Punkte oder ganz feine Tüpfel durchschimmernd;[23] mitunter sind die Nymphen dann wie etwas fettig anzufühlen. Sehr selten sind die Talgdrüsen cystisch erweitert (ovula Nabothi). Bei ganz jungen, besonders noch nicht menstruierten, Individuen sind diese Drüsen weniger entwickelt; und bei älteren, besonders bei emen-

---

[19] G. V. Steller (*Beschreibung von dem Lande Kamschatka.* 1774. pag. 300) giebt an, dafs die meisten Weiber Kamschatkas ursprünglich sehr grofse Nymphen haben, die einen Zoll vor dem Rima pudendi hervorragen und „durchsichtig wie Marienglas oder Pergament sind"; sie werden deshalb in der Jugend beschnitten, so wie „die Ohren bei den Hunden beschnitten werden".

[20] J. W. Ballantyne, The labia minora and hymen. *Edinb. medic. journ.* XXXIV, 1. 1889. pag. (425—435, with 2 pl.) 428—432.

H. Brandt (Das Leistensystem der Oberhaut beim Hunde. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XXI, 10. 1895. pag. 473—474. Taf. IV, Fig. 8) hat beim Hunde etwas eigentümliche Verhältnisse der vulvären Oberhaut nachgewiesen, die wohl zu ähnlichen Untersuchungen beim Menschen auffordern könnten.

[21] Vgl. H. Carrard, Beitr. z. Anat. u. Phys. der kleinen Lippen. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* X. 1884. pag. 62—73. Taf. I—III.

[22] Martin et Leger, Rech. sur l'anat. et la pathol. des appar. sécrét. des org. génit. ext. chez la femme. *Arch. génér.* 5. S. T. 19. 1862. pag. 73—75.

[23] Eine rohe Abbildung der Talgdrüsen der Nymphen findet sich bei A. Wendt, *De epidermide humana.* Diss. 1833. pag. 32. Tab., Fig. 6.

Eine gute Abbildung liegt in Henle (*Handb. d. system. Anat.* II. 1873. pag. 440. Fig. 340) vor.

struierten, scheint ihre Anzahl abzunehmen, sowie die Nymphen selbst mitunter etwas zu atrophieren. Die schon von HALLER[24] angegebenen (Lacunae mucosae), später von ROBIN und HUGUIER[25] beschriebenen (Follicules mucipares) „Schleimfollikel", die ganz hinten an der Innenseite der Nymphen oder in der nympho-hymenalen Furche vorkommen können, sollen, MARTIN und LEGER zufolge, nur Crypten (Cryptae vestibulares) sein. Sie sind zum Teil auch nur kleinere einfache Gruben der Schleimhaut, teilweise aber auch kurzästige Drüsenbildungen vom Bau der Endkammern (acini) der BARTHOLINIschen Drüse.[26] Sie kommen in Anzahl von 2 bis mitunter 6 vor und können bisweilen weiter als die Öffnungen der vulvo-vaginalen Gänge (der Gland. vestib. majj.) sein und mitunter 2—3 mm tief; diese Crypten können somit oft erst durch Sondierung von den Mündungen jener grofsen Drüsen unterschieden werden. Mitunter hat sich aus den Crypten ein gonokokkenhaltiges, milchartiges Exkret ausdrücken lassen. Endlich zeigt sich, meistens dicht an der nympho-hymenalen Furche, weiter nach oben oder nach unten, meistens etwa in der Mitte zwischen der Urethralpapille und der Commissura posterior liegend, die gewöhnlich einzelne Öffnung der Glandula vestibularis major (der vulvo-vaginalen, BARTHOLINIschen Drüse).[27] Die Öffnung, die mitunter sehr undeutlich ist, liegt selten weit hinab, fast in der Höhe der Drüse selbst, noch seltener in einer gröfseren Höhe, der Urethralpapille mehr genähert. Die Öffnung an der einen Seite des Vestibulums liegt öfter in einer anderen Höhe als an der anderen. Meistens ist sie ziemlich fein, besonders bei nicht libidinösen Weibern, kann aber fast immer ein Pferdehaar oder eine sehr feine Sonde (No. 1, CHARRIÈRE) aufnehmen, mitunter ist sie von einer feinen Schleimhautfalte bedeckt. So wie schon von C. BARTHOLIN gesehen, von JOH. HEIBERG (1842), von MARTIN und LEGER (1862) und zuletzt von LANG und TROST, sowie am Vestre Hospital von Kopenhagen[28] beobachtet, kann der Ausführungsgang dieser Drüse mitunter

---

[24] HALLER, *Elem. physiol.* T. VII, p. II. 1765. pag. 88.

[25] HUGUIER, Mém. sur les mal. des appar. sécrét. des org. génit. ext. de la femme. *Mém. de l'acad. nat. de médicine.* XV. 1850. pag. 620.

[26] V. MÜLLER, Über die Entwgesch. u. feinere Anat. d. BARTHOL. u. Cowp. Drüse d. Menschen. *Arch. f. mikrosk. Anat.* XXXIX, 1. 1892. pag. (33—56, Taf. II) 54. Fig. 2 Dr.

[27] Vgl. R. BERGH, Beitr. z. Kenntn. d. Entz. der Gland. vestib. major (BARTHOLINI). *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XXI. 1895. pag. (361—383) 365.

[28] JOH. HEIBERG, Om Betsendelse af Sliimkjertlerne i Vulva. *Ugeskr. for Medicin og Pharm.* Christiania. I. 1842. pag. 19.

LANG, BARTHOL. Drüsen m. doppelten Ausführungsgängen. *Medic. Jahrb.* N. F. 1887. pag. 199—203. Taf. IV.

LANG, *Der vener. Katarrh.* 1893. pag. 92.

TROST, BARTHOL. Drüsen m. doppelten Ausführungsgängen. *Wien. med. Bl.* IX, 17. 1888. (Separat.)

R. BERGH, Vestre Hosp. i 1889. 1890. pag. 16; i 1892. 1893. pag. 16.

doppelt sein, in seiner ganzen Länge oder in einem Teile der distalen Strecke; die Öffnung der Drüse ist dann auch doppelt. Die zwei Öffnungen liegen dann meistens die eine oberhalb der anderen, oder die eine mehr nach aufsen an der Innenseite der Nymphe. An stark entwickelten Nymphen sollen mitunter feine Haare vorkommen können.[29] Ich habe solche nur bei drei stark brünetten und stark behaarten Individuen gesehen, sehr sparsam neben und an dem Rande der hervorragenden dunklen Nymphen verteilt.

Vollständig fehlen die Nymphen[30] nur sehr selten. Unter den oben genannten 2981 (571 + 2410) Individuen kam solches nur bei 6 (2 + 4) vor; bei 10 (2 + 8) anderen fehlte entweder die rechte (7) oder die linke Nymphe (3), während eine Andeutung eines ganz kurzen Frenulum praeputii an der anderen Seite vorkam.[31] Bei 253 (32 + 221) Individuen waren die Nymphen klein, niedrig und kurz, sich nur längs des beiläufig oberen Drittels der grofsen Lippen erstreckend, und bei 18 derselben waren sie selbst sehr klein. Bei 620 (124 + 496) Individuen erstreckten sich die Nymphen beiläufig[32] bis zu etwa der Mitte der Höhe des Vestibulums; nur bei wenigen war die rechte gröfser als die linke, viel häufiger die linke von bedeutenderer Gröfse als die rechte; bei 28 waren sie sehr hoch, bei 14 ganz niedrig. Bei 183 (55 + 128) Individuen stiegen die Nymphen bis unterhalb der Mitte der grofsen Lippen hinab; bei 6 war die rechte viel gröfser als die linke, bei 8 fand sich das umgekehrte Verhältnis; bei 26 waren die Nymphen grofs, bei 6 von diesen sehr grofs. Bei den letzten zwei Gruppen von Fällen wird häufig eine schwache

---

Saenger zufolge (*Die Tripperansteck. beim weibl. Geschlecht.* 1889. pag. 19) sollte der vulvo-vaginale Gang „oft" doppelte Mündung zeigen, eine Angabe, die sicherlich auf Mifsdeutung beruht.

[29] Schon Tabarrani (*Observ. anatom. ed. sec.* 1753. pag. 75) erwähnt zwei Fälle (Bologna), in denen er Haare an den Nymphen beobachtet hat.

[30] Die Resultate der hier folgenden Untersuchungsreihen stimmen nicht recht mit den von Vedeler (Diskuss. in der Christiania medicin. Gesellsch. *Norsk Mgz. f. Lægevidensk.* 3 R. VII, 5. 1877. pag. 56—60) und von E. Rode (De endnu efter Involutionsperiodens Slutning mærkbare Tegn paa en forudgaaet Fødsel etc. *Nord. med. Arkiv.* XX. 1888. No. 3. pag. 2) stammenden Angaben.

[31] Morgagni (*De sed. et causis morb.* Nov. ed. autt. Chaussier et Adelon. VII. 1823. pag. 108 [lib. IV, epistola LVI, 18]) hat schon einen Fall erwähnt, in dem die linke Nymphe ganz fehlte, während die rechte klein war; er nennt einen anderen (l. c. V. 1821. lib. III, ep. XLVI, 20), in welchem beide Nymphen äufserst klein waren; sowie schliefslich noch einen etwas zweifelhaften Fall (l. c. VI. 1822. pag. 101 lib. III, ep. XLVIII, 44) von kompletem Fehlen der Nymphen.

Perchaux (Anomalie du développ. de la vulve, absence presque complète du clitoris et des petites lèvres. *Arch. de tocologie.* XIII. 1886. pag. 559—562) hat auch einen Fall von fast vollständigem Fehlen der Clitoris und der kleinen Lippen mitgeteilt.

[32] Selbstfolglich kann hier nur von einer kaum immer strengen Schätzung die Rede sein, da keine scharfen Grenzlinien sich an den erwähnten Partien finden.

Linie, gleichsam eine Fortsetzung der Nymphen, sich längs der Innenseite der grofsen Lippen hinab erstreckend gesehen. Bei 209 (65 + 144) Individuen setzten sich die beiden Nymphen bis an das Hinterende des Vestibulums fort, ohne aber sich miteinander zu verbinden; bei 35 waren die Nymphen grofs oder sehr grofs, eine Höhe (an ihrer Aufsenseite gemessen) bis 4—6 cm erreichend; bei 2 war die rechte Nymphe viel gröfser als die linke, bei 9 fand sich das umgekehrte Verhältnis. Bei 302 (41 — 261) Individuen waren die Nymphen von ganz ungleicher Länge, indem die eine, die rechte, nur bis etwa an die Mitte des Vestibulums hinabstieg, während die andere bis an sein Ende reicht; nur bei 24 (4 + 20) war umgekehrt die linke kürzer; bei 18 dieser Individuen waren die Nymphen grofs; bei 5 war die linke, bei 2 die rechte viel stärker als die andere entwickelt; bei 5 Individuen waren die Nymphen ganz niedrig. Bei einer viel gröfseren Anzahl von diesen 2981 (571 + 2410) Individuen, nämlich bei in allem 1238 (216 + 1022), setzten sich die Nymphen unten ineinander fort, übrigens dabei nicht wenig verschiedene Verhältnisse zeigend. Bei 1069 (174 + 895) wurden die Nymphen ganz einfach mit einander verschmelzend gesehen, das Vestibulum war ringsum von den Nymphen eingefafst. Bei 141 (21 + 120) von diesen letzteren (1069) waren die Nymphen grofs, 3—4 cm hoch, dunkelfarbig; bei anderen 68 (9 + 59) sehr grofs, 5—6 cm hoch, bei einem dieser Individuen (das nicht geboren hatte) waren die Nymphen an etwa der Mitte stark in die Quere geteilt,[33] bei 22 war die linke Nymphe viel gröfser, bei 7 dagegen die rechte; bei 22 Individuen waren die Nymphen ganz niedrig. Bei 169 (42 + 127) anderen dieser 1238 Individuen ging vom gebildeten Frenulum nympharum eine meistens mediane, einfache oder am Ursprunge kurz-gabelige, meistens nicht recht starke Falte aus, die eine nur wenig vortretende Rhaphe interfeminei bildet,[34] welche nur ein einziges Mal bei langem Interfemineum sehr stark und geschlängelt gesehen wurde. Bei 4 Individuen war die Kontinuität von Frenulum und Rhaphe am Frenulum abgebrochen; bei einem endigte die letztere vor dem Anus in eine querlaufende Falte; bei einem anderen mit tief gegabelter Rhaphe wurde zwischen den Zweigen der Gabel noch eine mediane, aber mit dem Frenulum nicht verbundene Rhaphe gesehen. Die Nymphen waren bei 27 dieser (169) Individuen grofs und bei 19 sehr grofs; die rechte war bei 2 gröfser als die linke, bei 4 fand sich das umgekehrte Verhältnis. Aber auch sonst

[33] Dieses Verhältnis ist schon von Morgagni gesehen. (*Advers. anatom. omnia.* Nova ed. 1741. IV. 1740. pag. 42.)

[34] Vgl. R. Bergh, *Symbolae.* I. l. c. 1894. pag. 414.
Rhaphe ist die orthographisch richtige Schreibart, weil die Griechen ῥαφή (und nicht ραφή) schrieben. Vgl. Hyrtl, *Onomat. anat.* 1880. pag. 442.

sind die Verhältnisse dieser Rhaphe etwas verschieden. Bei 42 (2 + 40) Individuen lag der Ursprung derselben links, vom linken Teile des Frenulums ausgehend; bei 32 (5 + 27) fand sich der Ursprung der Rhaphe rechts am Frenulum. Bei 4 Individuen fand sich jederseits eine Rhaphe interfeminei vom Frenulum nympharum ausgehend, bei dem einen Individuum kam aber noch eine mediane zwischen den zwei lateralen vor. Eine wohl entwickelte Rhaphe wurde aber noch bei 17 (3 + 14) Individuen als unmittelbare Fortsetzung von Nymphen gesehen, die sich nicht in ein Frenulum vereinigten; bei 10 (2 + 8) allein von der rechten, bei 7 von der linken Nymphe gebildet. Bei 14 Individuen stand die Rhaphe in Verhältnis zu den grofsen Lippen, von einem Frenulum labiorum ausgehend.

Bei 99 (22 + 77) Individuen reichten beide Nymphen nur, und zwar unsymmetrisch, an etwa die Mitte des Vestibulums; es kam aber doch ein Frenulum vor, das den beiden Nymphen zugeschrieben werden zu müssen schien. Bei 52 (9 + 43) Individuen war die rechte Nymphe kurz, und das Frenulum wurde nur von der langen linken gebildet; bei 9 (3 + 6) gehörte das Frenulum umgekehrt nur der rechten Nymphe. Bei 2 dieser Individuen fand sich die rechte und bei 3 die linke (ohne vorausgegangene Geburt) an etwa der Mitte quergeteilt.

Bei 20 Individuen kam hinter dem Frenulum nympharum, zwischen diesem und dem Frenulum labiorum, eine Navicula inferior vor; bei 16 derselben ging von dem hinteren Frenulum die mediane Rhaphe interfeminei aus, bei 4 mit zwei Schenkeln entspringend.

Die Nymphen waren in allem bei 368 Individuen von recht bedeutender Gröfse; bei 146 von einer Höhe von vollen 2 cm, bei 170 von etwa 3 cm, bei 32 von 4—5 und bei 20 von fast 6 cm Höhe. Bei grofser Höhe sind sie mitunter ungleich grofs; besonders auffallend war solches bei 49 Individuen, bei 33 derselben war die linke Nymphe die bei weitem gröfsere. Bei 8 stark brünetten Individuen waren die kolossalen Nymphen fast schwarz.

Bei 6 Individuen wurde gleichsam eine sekundäre Nymphe[35] aufserhalb der rechten gesehen, bei 13 aufserhalb der linken und bei 10 an der Aufsenseite von beiden Nymphen.[36] Bei 4 Individuen fand sich gleichsam eine Querfalte, viel seltener (2) zwei solcher, sich von der rechten Nymphe

---

[35] Winckel (*Lehrb. d. Frauenkrankh.* 2. Aufl. 1890. pag. 20) scheint eine doppelte Nymphe an der einen Seite gesehen zu haben; ebenfalls Schäffer (Bildungsanom. weibl. Geschlechtsorgane etc. *Arch. f. Gynäkol.* XXXVI. 1893. pag. 203. Taf. VII, Fig. 7).

[36] Dreifache Nymphen, wie die von Neubauer (*De triplici nympharum ordine.* Jena. 1774) beschriebenen und abgebildeten, habe ich nie gesehen. Die Deutung des Verhältnisses, so wie in der Figur dargestellt, scheint auch ganz unrichtig; die *äufserste* ist die eigentliche Nymphe, die aber weder mit dem Präputium noch mit dem Frenulum clitoridis Verbindung gehabt hat, welche aber dann als mittlere und innere Nymphe gedeutet worden sind. Vgl. auch Henle, l. c. pag. 436.

an die grofse Lippe erstreckend, bei 8 kam eine ähnliche Bildung an der linken und bei 25 an beiden Nymphen vor.

Es scheint, dafs die Nymphen, sowie im ganzen die Vulva, stärker bei sehr libidinösen, noch dazu brünetten Individuen entwickelt sind. Durchschnittlich, als Regel, kommt eine solche stärkere Entwickelung nicht bei den öffentlichen Dirnen vor, was auch damit stimmt, dafs es in den meisten Fällen nicht erhöhte Sensualität ist, die die Individuen in die öffentliche Prostitution gedrängt hat. Auch die Profession dieser Individuen ändert nicht oder wenigstens erst nach langer Zeit die Formenverhältnisse ihrer äufseren Genitalien. Schon Parent-Duchatelet[37] hat diese Erfahrung hervorgehoben, und spätere widersprechende Angaben[38] entkräftigen nicht die Behauptung des berühmten Franzosen. Nur bei älteren und alten (emenstruierten) Dirnen sieht man mitunter die Nymphen schlaff, gleichsam welk und auffallend trocken; welcher Zustand aber auch bei anderen nicht prostituierten älteren Individuen und vielleicht noch häufiger gefunden werden kann (sowie ein mehr unelastischer, weniger sukkulenter Zustand der Vagina, mit mehr klaffendem Introitus). Eine mehr exzessive Gröfse der Nymphen hat sich immer die Aufmerksamkeit der Anatomen,[39] der Pathologen,[40] sowie der Laien[41] zugezogen. Ihre gröfste Entwickelung scheinen die Nymphen bei verschiedenen afrikanischen Völkern zu erreichen und zwar besonders in der so viel besprochenen Hottentottenschürze.[42] Bei vielen dieser Stämme ist daher Circumcision ritual im frühen Mädchenalter (von 8—9 Jahren). Es gab übrigens in Europa eine Zeit, wo, aus anderen Gründen, eine ähnliche Beschneidung recht häufig von Ärzten, besonders von Gynäko-

---

[37] Parent-Duchatelet, *De la prostitution dans la ville de Paris.* 3. éd. I. 1857. pag. (204—) 213.
Vgl. Pelikan, *Gerichtlich-med. Unters. üb. das Skopzentum in Russland.* 1876. pag. 171.

[38] Charpy, Des org. génit. ext. chez les prostituées. *Ann. de dermat. et de la syphiligr.* III. 1870. pag. 271—279.
Cellard, De l'Éléphantiasis vulv. chez les européennes. Thèse de Paris. 1877. — *Ann. de dermat. et de la syphiligr.* IX. 1877. pag. 108.

[39] Schurig (*Muliebria.* 1729. pag. 154) hat die meisten der zu seiner Zeit in der Litteratur bekannten Fälle von grofsen Nymphen zusammengestellt und handelt schon (l. c. pag. 140) die damit bei verschiedenen Völkern in Verbindung stehende Nymphotomie und Circumcision ab.

[40] Winckel (l. c. pag. 20) hat zwei Individuen mit Nymphen von einer Länge von 9,5 und 11,5 cm gesehen.

[41] Brantôme (*Oeuvres de Seigneur Brantôme.* Nouv. éd. 1740. II. pag. 367) erwähnt einen Fall von fingerlangen Nymphen (landilles).

[42] J. Müller, Über die äufseren Geschlechtsteile der Buschmänninnen. *Arch.* 1834. pag. 319—345. Taf. VI.
Vgl. Péron et Lesueur, Observ. sur le tablier des femmes hottentotes. *Bull. de la soc. zool. de France.* VIII. 1883. pag. 15—33.
Ploss, *Das Weib in der Natur- u. Völkerkunde.* 4. Aufl. von M. Bartels. I. 1895. pag. 163—169.

logen,[43] geübt wurde, teils mit, teils ohne Clitoridectomie, teils als Mittel gegen Manustupration, teils gegen Pruritus vulvae. Grofse Nymphen können aber auch in anderer Weise, z. B. beim Reiten und Radfahren[44] in hohem Grade genieren.

Am Boden des mehr oder weniger tiefen Vestibulums findet sich das Hymen oder die Überreste desselben als am häufigsten 3—4 (sehr selten 5—6) hymenale (myrtiforme) Karunkel.

Weder die Griechen noch die Römer besassen irgend eine Bezeichnung für diesen Teil der (virginalen) weiblichen Genitalien. Bei den praktischen Ärzten und den Laien späterer Zeiten hatte dasselbe verschiedene Benennungen, wie Flos virginum (daher defloratio), Claustrum virginum, Hymen u. s. w.; aber erst bei Vesal,[45] Fallopio[46] und Pineau[47] scheint Hymen als anatomische Benennung (zum Teil neben Claustrum virginale) vorzukommen. Der Name wurde von Spigel,[48] sowie von Riolan[49] adoptiert, durch die grofsen Autoritäten von R. de Graaf[50] und von Haller[51] gestützt und wird wohl jetzt durch die von His redigierte neue anatomische Nomenklatur[52] definitiv als anatomische Bezeichnung festgeschlagen sein.

Das Hymen war schon von mehreren der früheren Ärzte und besonders von einigen Gynäkologen (Fernel, A. Paré, Fr. Mauriceau, Palfyn) als ein etwas zweifelhaftes virginales Attribut angesehen worden und scheint, kurios genug, besonders in Frankreich als solches stark angezweifelt worden zu sein. Buffon[53] erwähnte diese „prétendue virginité“ als „chimérique“, und selbst Cuvier,[54] der doch das Dasein eines Hymens bei verschiedenen Säugern nachgewiesen hatte, spricht mit einigem

---

[43] G. Braun, Ein weiterer Beitr. z. Heilung d. Masturbation durch Amputation d. Clitoris u. d. kl. Schamlippen. *Wien. med. Wochenschr.* XVI. 21, 22. 1866. pag. 329—331, 345—347.

In der Abteilung Sigmunds im Wiener allg. Krankenh. kamen solche Amputationen, besonders bei Geschwüren an den Nymphen, ziemlich häufig vor. Vgl. (Mraček) Ber. f. d. J. 1879. pag. 17.

[44] Vgl. Ber. fra Alm. Hosp. 2 Afdel. for 1866. 1867. pag. 33. (*Bibl. f. Læger.* 5 R. XV. 1867. pag. 221).

[45] A. Vesalii, *De humani corporis fabrica libri septem.* 1542. lib. V. pag. 654.

[46] G. Fallopii — *Opera omnia.* 1600 (*observ. anatom*). pag. 420.

[47] S. Pinaeus, l. c. 1599. lib. I, cap. 5. pag. 25, 31; cap. 6. pag. 33, 34. Haller benennt den Pinaeus „restitutor hymenis“.

[48] Spigelius, l. c. 1632. pag. 13, 330.

[49] J. Riolani — *Opera anat.* 1649. Anthropographiae lib. II. pag. 189—195.

[50] R. de Graaf, l. c. 1672. pag. 35—62. Tab. IV, Fig. 1.

[51] Haller, *Elementa physiol.* VII, p. II. 1765. pag. 79.

[52] His, *Die anatom. Nomenklatur.* 1895. pag. 64.

[53] Buffon, *Hist. nat.* Nouv. éd. IV. 1769. pag. 250—253. Rien n'est donc plus chimérique que les préjugés des hommes à cet égard.

[54] Cuvier, *Leçons d'anat. comparée.* V. 1805. pag. (128—135) 133.

Zweifel über das konstante Vorhandensein desselben bei unzweifelhaften Jungfern. Es ist somit vielleicht nicht nur Spott und Ironie, sondern die Auffassung der damaligen Zeit, die in der bekannten Zeile in der „pucelle“ von VOLTAIRE[55] erscheint. Die Untersuchungen neuerer Zeiten der Genitalien unzweifelhaft virginaler Individuen, sowie die Ergebnisse ontogenetischer Untersuchungen haben aber das Dasein dieser Bildung bei normalen virginalen Individuen aufser Zweifel gesetzt. Das Hymen ist weit hinter den klimakterischen Jahren bewahrt gesehen, kann auch eine festere, selbst ziemlich harte Beschaffenheit[56] erwerben, die ein Geburtshindernis abgeben kann und mitunter zu einem kleinen operativen Eingriff nötigt, wie die meisten lange praktizierenden Ärzte es wohl erlebt haben werden.

Die am häufigsten vorkommende Form des Hymens ist die in Gestalt eines Ringes (Hymen annularis) mit breiterer hinterer Hälfte, mit dünnerem Rande und mit Öffnung oberhalb der Mitte. Diese Form kam auch bei zwei durch einen Mifsgriff der Polizei eingelegten Mädchen vor und bei zwei ganz jungen und ganz früh depravierten Individuen, einem Paar Scortilla mit sehr nach hinten liegender Vulva, bei denen die mifsglückten Deflorationsversuche Vulvitis mit inflammatorischer Geschwulst des Hymens und starkem Vaginismus hervorgerufen hatte. Die Furcht der Schmerzen bei den Kohabitationsversuchen hatte diese Mädchen zu anderen Lüderlichkeiten gebracht, sie fungierten als Fellatricen, liefsen sich pädizieren u. s. w.; nach Beseitigung der Vulvitis wurde das Hymen in Narkose mit dem Spekulum gesprengt.[57] Bei mehreren Individuen, besonders bei solchen, die schon als kleine Mädchen von Knaben debauchiert waren, fand sich als Überrest eines annulären Hymens keine Karunkel, aber ein 2—3 mm hoher Ring. Bei einem jungen Mädchen, das nie geboren hatte, zeigte sich die untere Karunkel in eine Zunge von fast 1,5 cm Länge ausgezogen, Überrest eines Hymen linguliformis.[58] Bei einem anderen, auch jungen und nie schwangeren Individuum fand sich ein 1 cm breiter, brückenartiger Hymenrest über den unteren Teil der Urethralpapille gespannt, indem das Hymen abnorm weit nach vorn an der Urethralpapille befestigt gewesen war.[59] Bei drei jungen Individuen war eine laterale Karunkel grofs und durchbohrt (von der ursprünglichen

---

[55] La pucelle d'Orléans. Chant II, 1—2 Vers.: Heureux cent fois qui trouve un pucelage! C'est un grand bien.

[56] SHAKESPEARE, All's well that end's well. Act I, Scene 1 (PAROLES): (virginity) the longer kept the less worth.

[57] R. BERGH, Ber. fra Alm. Hosp. 2 Afdel. i 1868. 1869. pag. 21. (*Bibl. f. Læger.* 5 R. XIX. 1869. pag. 213.)

[58] DOHRN, Die Bildungsfehler des Hymens. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* II. 1885. pag. 7.

[59] Vgl. DEBIERRE, *Les vices de conformation des org. génit. et urin. de la femme.* 1892. pag. 260.

Hymenöffnung), indem das Hymen exzentrisch zerrissen worden war. Bei einer 25jährigen Dirne, die nie schwanger gewesen war, kam jederseits hinter der hymenalen Karunkel noch eine volle 1,5 cm lange, stark vorspringende sekundäre Karunkel vor (Hymen multiplex).[60] Die Erklärung dieses doppelten Hymens ist ziemlich unklar, vielleicht stammt dasselbe von einer Nicht-Verschmelzung der zwei Lamellen, die auch SCHAFFER zufolge[61] ursprünglich das Hymen bilden.

Verschiedene Gynäkologen (SCHRÖDER, BIDDER, BUDIN[62] u. m.) haben die Entwickelung von wahren Karunkeln in Verbindung mit Abhängigkeit von vorausgegangener Schwangerschaft setzen wollen; an und für sich sollte die Zerreifsung des Hymens (Flos virginum) beim Konnubium, die Defloration, nur dasselbe in dünne Lappen zerteilen, aber erst Schwangerschaft und Geburt dieselben in wirkliche Caruncula hymenales (myrtiformes) umwandeln. Diese Behauptung ist ganz unrichtig. Die Karunkel können bei Individuen, die nie schwanger gewesen sind, ganz dasselbe Aussehen haben wie bei Individuen, die selbst mehrmals geboren haben. Von der Beschaffenheit der Karunkel läfst sich überhaupt keine Diagnose in bezug auf vorausgegangene Geburt entnehmen, obgleich im allgemeinen gesagt werden kann, dafs die Karunkel bei Individuen, die nie geboren haben, mitunter auffallend klein und dünn sind. In gerichtsmedizinischer Beziehung ist die Beschaffenheit der Karunkel meistens wertlos.[63]

Die hymenalen Karunkel zeigen sich von verschiedener Länge und Breite, mehr gerundet oder mehr zugespitzt, eben oder mitunter ein wenig uneben, einander mehr oder weniger genähert, bisweilen ziemlich symmetrisch stehend, meistens jedoch etwas unsymmetrisch. Bei alten Individuen sollen sie fast ganz verschwinden können; vollständig verschwunden habe ich sie nur bei zwei alten und emenstruierten Dirnen gesehen, von welchen die eine auch geboren hatte.

---

[60] DOHRN, l. c. 1885. pag. 3. Taf. I, Fig. 1.

[61] SCHAEFFER, Bildungsanom. weibl. Geschlechtsorg., m. bes. Berücksichtig. d. Entw. d. Hymens. *Arch. f. Gynäkol.* XXXVII. 1890. pag. (199—250, Taf. VI, VII) 221.

[62] BUDIN, Rech. sur l'hymen et l'orifice vaginal. *Ann. de gynécologie.* XIII. 1880. pag. (48—72) 50.

[63] Vgl. E. RODE, De endnu efter Involutionsperiodens Slutning märkbare Tegn paa en forudgaaet Födsel. *Nord. medic. Arkiv.* XX, No. 2. 1888. pag. (1—31 m. 5 T.) 9.

Fig. I.ª

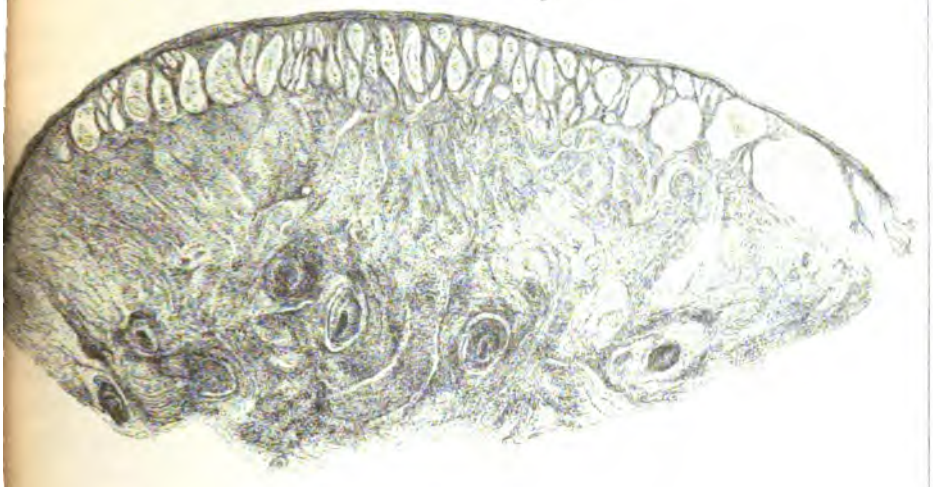
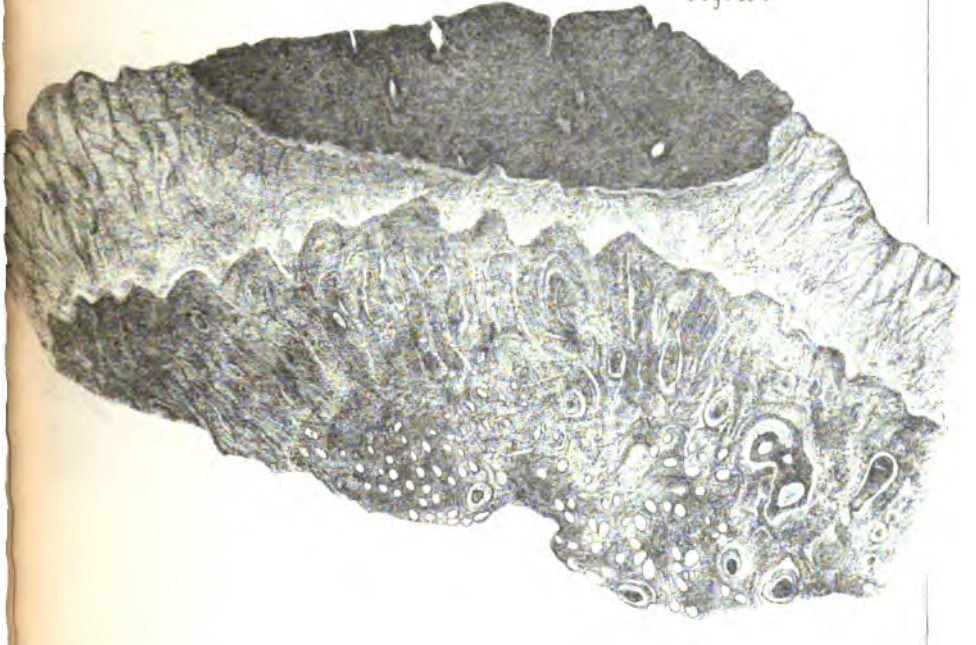


Fig. II.ª



A. Ogheri. inc.

Mibelli: Hydroa vacciniforme.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Die Histologie der Hydroa vacciniforme von BAZIN.

Mitteilung vom dritten internationalen dermatologischen Kongrefs in London.

Von

Prof. V. MIBELLI in Parma.

(Mit Tafel IV.)

Meine Herren!

Ich hatte die Gelegenheit, an meiner Klinik in Parma einen Fall dieser seltenen, noch wenig studierten Affektion zu verfolgen, welche BAZIN zuerst beschrieben und als Hydroa vacciniforme bezeichnet hat.[1] Auch in späteren Arbeiten von BAZIN[2, 3] wurde die Krankheit erwähnt, während sie von anderen Autoren während eines Zeitraumes von 20 Jahren nirgends mehr angeführt wird und so in beinahe vollständige Vergessenheit gefallen war. Erst 1889 teilte HANDFORD in den *Illustrated medical News*[6] einen Fall dieser sonderbaren Dermatose mit. Er wies auf die erste Beschreibung derselben durch BAZIN hin und erklärte, dafs der von unserem hochgeehrten Präsidenten im Jahre 1888[4] als „Sommereruption" vorgestellte Fall mit der BAZINschen Affektion identisch sei.

Auf die Mitteilung von HANDFORD folgten diejenigen von BERLINER,[7] BURI,[8] VAN DORT[9] über denselben Gegenstand, doch blieb selbst den hervorragendsten Dermatologen die Affektion vollkommen unbekannt, so dafs BROCQ in der zweiten Auflage seines *Handbuches* noch den Satz brachte: „Die Hydroa vacciniformis von BAZIN scheint keiner der gegenwärtig klassifizierten Dermatosen zu entsprechen." Erst im Jahre 1893 erscheint die Krankheit in einem dermatologischen Lehrbuche, und zwar in der zweiten Auflage des bekannten Werkes von R. CROCKER, der sie unter der Bezeichnung „Hydroa vacciniformis oder aestivalis" beschreibt.[11] In den folgenden Jahren veröffentlichten BOECK,[12] BROCQ,[13] BOWEN,[14] CROCKER,[15] MOREIRA,[16] JARISCH[17] und GRAHAM[18] weitere Fälle. Gegenwärtig besteht wohl nicht der geringste Zweifel mehr über das Vorhandensein dieser Affektion als wohlcharakterisierte Dermatose, der man die von BAZIN glücklich gewählte Bezeichnung Hydroa vacciniformis belassen mufs. Trotzdem bleibt die Zahl der bisher beobachteten Fälle eine relativ geringe, indem sie 20 nicht übersteigt. Deshalb habe ich mir erlaubt, Ihnen einen neuen Fall vorzuführen in der Hoffnung, dafs beim einen oder dem anderen unter Ihnen die Erinnerung an ähnliche Beobachtungen aus seiner Praxis wachgerufen werde, wo er sich bezüglich

der Diagnose nicht recht klar werden konnte. Denn selbst dem erfahrendsten Dermatologen bereitet diese letztere die gröfsten Schwierigkeiten, wenn er in die Lage kommt, zum ersten Male einen Fall von Hydroa vacciniformis zu sehen. Wie Brocq erging es auch mir, als ich 1893 meinen Patienten das erste Mal untersuchte; ich konnte keine sichere Diagnose stellen. Erst im Verlaufe dieses Jahres, als ich die ausgezeichneten Schriften von Boeck und Brocq gelesen hatte, drängte sich mir die Diagnose einer Hydroa vacciniformis auf.

Wie wichtig auch die Beschreibung des klinischen Bildes des Falles sein dürfte, so glaube ich, Sie doch damit verschonen zu dürfen, indem ich Ihnen dafür eine Reihe von Photographien und Zeichnungen vorlege. Ich werde mich hauptsächlich auf die Mitteilung der histologischen Veränderungen beschränken und Ihnen die betreffenden mikroskopischen Präparate zur Verfügung stellen.

Die Krankengeschichte des (in Italien zum ersten Male beobachteten) Falles ist kurz folgende:

Pylades G., zwölf Jahre alt, Schuhflicker aus Parma. Anamnese. Vater leidet an vorgeschrittener Lungentuberkulose; die Mutter, ein Bruder und eine Schwester gesund. Während seines ersten Lebensjahres, sowie auch später im Alter von drei Jahren, hatte Patient viel an schweren ekzematösen Eruptionen zu leiden. Mit vier Jahren kam er ins Spital, wo er 16 Monate verblieb und wegen eines Ascites mehrmals punktiert wurde. Er erholte sich aber ziemlich gut und blieb gesund bis 1890, wo er zum zweiten und 1896 zum dritten Male erkrankte, am letzten an Typhus abdominalis ohne Komplikationen.

Die gegenwärtige Affektion datiert aus dem Anfange des Jahres 1891, trat dann seither alljährlich zur gleichen Zeit und unter den gleichen Erscheinungen auf, um jeweilen nach einzelnen Schüben im Juni zu verschwinden. Nur im Jahre 1895 blieb die Eruption aus, und gerade damals, genau zur Zeit, wo sie sich gewöhnlich zeigte, mufste Patient wegen Krankheit das Bett hüten.

Nach den Aussagen der Mutter und unseren eigenen Beobachtungen tritt die Affektion jeweilen in den ersten Frühlingstagen auf. Wenn sich dann der Patient während einigen Stunden den Sonnenstrahlen ausgesetzt hat, so bedeckt sich das Gesicht über Nacht mit den charakteristischen Elementarläsionen; weiterhin entstehen immer wieder neue Schübe, welche genau mit dem Wechsel der Witterung und dem Grade der Einwirkung der Sonnenstrahlen übereinstimmen. Gleich mit dem Beginne des Sommers hört diese Empfänglichkeit der Haut auf und der Knabe kann sich ungestraft den Sonnenstrahlen aussetzen.

Die Eruption bleibt stets auf das Gesicht beschränkt und zwar besonders auf die Gegend über den Jochbeinen, auf die Nase und die

Ohren. Nur vor zwei Jahren waren einmal auch die Handrücken, die Vorderarme, die Beine und Schultern schwach befallen.

Aussehen und Verlauf der Eruption. In ihrer vollen Entwickelung stellt die Affektion ein Exanthem dar, das sich aus hanf- bis linsengroſsen und selbst noch gröſseren Bläschen zusammensetzt. Die kleinsten derselben sind halbkugelig oder rund, die gröſseren flach oder im Zentrum etwas eingesunken; alle ragen merklich über das Hautniveau empor, welches bei der Berührung eine gewisse Resistenz bietet. Ihre Farbe ist weiſslich, etwas durchsichtig, opaleszierend, im Zentrum mit einer etwas lividen Nuance. Einzelne Efflorescenzen sind von einem leicht erythematösen Hofe umgeben. Beim Anstechen mit einer Nadel entleeren die gröſseren Blasen eine klare Flüssigkeit und fallen vollständig zusammen; die kleineren hingegen lassen sich nicht vollständig entleeren. Die Elemente sind regellos verteilt und meist isoliert, doch gelang es mir auch Stellen zu entdecken, wo deren zwei oder drei zusammengeschmolzen waren; doch behielten sie auch hier eine gewisse Selbständigkeit bei, indem der livide Fleck des Zentrums erhalten blieb.

Obwohl sich das Exanthem aus einem einzigen Typus von Elementen zusammensetzt, an dem sich der Willansche Bläschentypus erkennen läſst, so befinden sich die einzelnen Läsionen doch in einer verschiedenen Stufe der Entwickelung oder der Intensität des Prozesses. Auch kommen unter den Bläschen Pusteln und impetiginöse Borken vor, welche durch sekundäre Infektion entstanden sind, wie dieses aus meinen bakteriologischen Untersuchungen hervorgeht. Der Polymorphismus des Exanthems ist demnach bloſs ein scheinbarer und das weiſsliche Bläschen mit zentralem, bläulichem Fleck bildet den Typus der Elementarläsion.

Jede Efflorescenz beginnt mit einem kleinen erythematösen Fleck, der sich rasch in ein Bläschen umwandelt. In zwei oder drei Tagen hat dieses den Höhepunkt seiner Entwickelung erreicht und nun tritt vom Zentrum nach der Peripherie ein Rückbildungsprozeſs ein, indem das erstere einsinkt und der zentrale livide Fleck dunkelrot wird. Die gröſseren Efflorescenzen können sich nun nach der Peripherie noch weiter ausdehnen, während das Zentrum bereits in regressiver Metamorphose begriffen ist. Dadurch entstehen jene charakteristischen Formen, welche an Vaccinepusteln erinnern, mit dunkelrotem eingesunkenen Zentrum (Umbilikation), das von einem weiſsen, opaleszierenden oder undurchsichtigen Kreise umgeben ist.

Der Rückbildungsprozeſs ist bei allen Efflorescenzen derselbe, welche Ausdehnung diese auch genommen haben: der zentrale Fleck wird dunkler und interessiert nun nicht allein mehr die innere Fläche der Bläschen, sondern auch die äuſsere; an der Stelle des Fleckes sinkt das Bläschen unter Eintrocknen ein, während sich der Fleck ausdehnt, gelblich bis

braunrot und selbst ganz schwarz wird; niemals aber erreicht er die äufserste Peripherie des Bläschens. Auf diese Weise entsteht unter der Bläschendecke allmählich eine gelblich-rote oder schwarze trockene, linsenförmige Borke von der Ausdehnung des vorerwähnten Fleckes. Nach dem Abfall der Borke bleibt ein flacher, glänzender Fleck, bei schwereren Fällen eine kleine etwas eingesunkene Narbe zurück. Auch die Narben gehören zur Charakteristik der Dermatose.

Was das Auftreten des Exanthems als Ganzes anbelangt, so nimmt dieses, wie wir es öfters gesehen, einen raschen Verlauf ohne Vorboten, indem sich die meisten Efflorescenzen bereits vor dem Erscheinen des Exanthems gebildet haben. Die Dauer der einzelnen Eruptionsperioden beträgt zwei bis drei Wochen, doch kommt es vor, dafs sich ein neuer Schub zeigt, bevor der vorhergehende vollständig verschwunden ist. Dadurch nimmt die Krankheit einen chronischen Charakter an.

Die subjektiven Beschwerden bestehen in leichtem Jucken oder einem Gefühl von Brennen an den affizierten Stellen, während das Allgemeinbefinden ungestört ist.

Bakteriologische Untersuchung. Alle meine Kulturversuche mit dem Inhalte von Bläschen in voller Entwickelung fielen negativ aus. Nur einmal gelang es mir, an Pusteln und Krusten den Staphylococcus pyogenes aureus zu züchten.

Histologischer Befund. Es wurden mehrere Efflorescenzen in verschiedenen Entwickelungsstadien aus der Wange und der Ohrmuschel excidiert und in absolutem Alkohol gehärtet, die Schnitte nach den zahlreichen Färbemethoden Unnas behandelt.

Aus der Untersuchung eines typischen hanfkorngrofsen Bläschens des Ohrläppchens geht hervor, dafs alle Schichten der Haut, mit Einschlufs des Unterhautzellgewebes, schwer betroffen sind und dafs sich die Veränderungen nicht nur auf das Territorium des Bläschens beschränken, sondern über dessen Grenzen hinausreichen. In unmittelbarer Nähe der Bläschenperipherie ist die Cutis hyperämisch und weist eine intensive kleinzellige Infiltration mit Schwellung der Papillen auf. Zwischen dieselben hinein schickt die Schleimschicht dünne, unscharf begrenzte Fortsätze, während sie über den Papillen selbst beträchtlich verschmälert ist. Die Körnerschicht ist auf eine einzige Zellenreihe reduziert, das Stratum lucidum ist sozusagen normal, die übrigen Schichten des Stratum corneum sind serös infiltriert und in ihrem Zusammenhange gelockert. Eingeschlossen von diesen Epithelfortsätzen ist die in Bläschen umgewandelte Stachelschicht, die nach oben von einer kontinuierlichen, regelmäfsigen, nach unten von einer wellenförmigen Schicht begrenzt ist. Das Bläscheninnere ist von oben nach unten von zahlreichen Wänden durchzogen, die es in mehrere verschieden grofse und verschieden ge-

formte Fächer teilen. Die Bläschendecke besteht aus einer ununterbrochenen Epidermisschicht, welche unmittelbar in die Epidermis der Bläschenumgebung übergeht. Sie besteht aus den oberen Hornschichten, dem beinahe normalen Stratum lucidum, dem sehr reduzierten, aber deutlich erkennbaren Stratum granulosum und unten aus einem Teile der Stachelschicht, von der einige Zellen die verschiedenen Grade der Leloir-schen „Transformation cavitaire" aufweisen. Der Boden des Bläschens wird nicht von einer kontinuierlichen Stachelschicht überzogen; nur in der Peripherie sieht man Überreste von Epithelleisten, über welchen sich die einfacheren Bläschenfächer öffnen; an allen anderen Stellen grenzt die Bläschenhöhle an die papilläre Cutis, die aber überall scharf begrenzt ist. Von oben nach unten durchziehen das Bläscheninnere dünne, der Stachelschicht angehörende Säulchen, welche kleinere Räume abgrenzen, die körniges oder fadenförmiges Fibrin enthalten, sowie zahlreiche Leukocyten der verschiedenen Arten, aber keine Mikroorganismen.

Diese Säulen gehen nach unten in die Epithelfortsätze über oder in die Stachelschicht einzelner Haarfollikel, aber sie verschwinden allmählich auf dem Boden des Bläschens, während sie nach oben fächerförmig auseinandergehen und in die Stachelschicht übergehen, welche die innere Fläche der Bläschendecke bildet. Stellenweise umgrenzen die Epithelwandungen genau sphärische oder aber unregelmäfsig rundliche Räume; ihre Zellen sind dann blofs zusammengedrückt oder länglich ausgezogen An anderen Stellen hingegen sind die Wandungen selbst serofibrinös oder kleinzellig infiltriert, wodurch sie in dünne Fäden zerfallen, welche sich mit den Fibrinfäden der angrenzenden Räume vereinigen. Nach oben, wo sich die Epithelsäulen fächerförmig ausbreiten, findet man hydropische Zellen, an welchen die Leloirschen „kavitären Umwandlungen" (wie Unna in seiner *Histopathologie* den Ausdruck übersetzt) zu erkennen sind.

Bei allen diesen schweren Veränderungen der Schleimschicht findet man keine Koagulations- oder Kolliquationsnekrose des Zellprotoplasmas; auch von der Unnaschen retikulierenden oder ballonierenden Degeneration ist nichts zu entdecken. Man sieht aber ganz deutlich, dafs sich die einzelnen Bläschenräume durch Ausdehnung der Zelllagen der Stachelschicht und durch Kompression ihres Epithels bilden. Die Kompression scheint so rasch einzutreten, dafs die Zellenelemente keine Zeit finden zu weiteren Veränderungen, als zu einer beträchtlichen Kompression. Nur bei einzelnen kleinen Zellenhaufen, welche derselben Widerstand zu leisten vermochten, beobachtet man die Leloirschen „kavitären Umwandlungen".

Auch die Veränderungen der Cutis sind bedeutende und erklären gewisse klinische Erscheinungen. Bis ins Unterhautzellgewebe sieht man

hier überall eine intensive Entzündung, welche sich hauptsächlich durch das Vorhandensein einer so grofsen Menge von Zellen auszeichnet, dafs die Bindegewebsbündel durch dieselben beinahe vollständig verdeckt werden. Plasma- oder Mastzellen, sowie irgend welche andere pathologische Formen der Bindegewebszelle lassen sich keine entdecken. Die grofse Mehrzahl der Zellen zeigt die Form der Lymphocyten, unter welchen zahlreiche Spindelzellen vermischt vorkommen. Die Haarfollikel im oberen Drittel, sowie die Talgdrüsen sind beinahe vollständig verschwunden. Die Knäueldrüsen sind erhalten, aber von Wanderzellen eng umgeben. Im retikulären Derma und im Unterhautzellgewebe lassen sich keine Spuren von regressiven Erscheinungen nachweisen: die Zellen, die Bindegewebsbündel und, was am meisten auffällt, die elastischen Fasern sind erhalten. Im Papillarkörper hingegen fehlen die elastischen Fasern. Nur in den Schnitten, welche den zentralen Teilen der Effloreszenz entsprechen, sieht man Anfänge dieses regressiven Prozesses, welcher zur Bildung der Kruste beiträgt und zur Entstehung der Narbe führt. Hier sind nämlich die elastischen Fasern nicht nur rarefiziert oder verschwunden, sondern auch die Bindegewebsbündel sind blasser, rarefiziert und weniger leicht färbbar. Auch die zelligen Elemente lassen sich nicht so gut färben, stellenweise sind einige in Degeneration begriffen oder bereits in amorphe Granulationen verwandelt. Noch wichtiger sind die Gefäfsveränderungen dieser entzündeten Cutis. Im oberflächlichen Gefäfsnetz sind fast alle Spuren normaler Gefäfse verwischt; stellenweise sind nur noch cystische Erweiterungen derselben mit veränderten, roten Blutkörperchen in ihren Lumina sichtbar. Man sieht auch sehr erweiterte, mit Blut ganz ausgefüllte kommunizierende Gefäfse, welche in senkrechter Richtung die Cutis durchziehen und nach oben in einer Art von Ampulle endigen, an der sich keine Spur einer Gefäfsstruktur erkennen läfst. In verschiedener Höhe der retikulären und papillären Cutis sieht man solche sackartige, stellenweise enorme Erweiterungen, deren Abhängigkeit von den Blutgefäfsen nur an ihrem Gehalte an roten Blutkörperchen erkenntlich ist. Die Konturen dieser bluthaltigen Räume sind meist sehr scharf gezeichnet; in einzelnen Präparaten sind zwar die Wandungen stellenweise eingerissen, wodurch es zum Übertritt roter Blutkörperchen ins umliegende Gewebe kommt.

In Präparaten von einer Effloreszenz aus der Wangengegend, welche im Zentrum etwas deprimiert war und einen zentralen Fleck zeigte, sieht man dieselben fundamentalen Veränderungen mit dem Unterschiede, dafs sie ein späteres Entwickelungsstadium darstellen und aus einer Gegend stammen, wo die anatomischen Verhältnisse etwas andere sind. Hier ist die Bläschendecke nicht mehr gespannt, sondern schlaff und wellenförmig; auch ist sie bedeutend verdünnt; Stachelzellen mit „kavitären Umwandlungen“

sind darin nur wenige vorhanden, dafür ist aber letztere vorgeschrittener. Die Bläschenhöhle wird auch hier von epithelialen Wänden durchzogen; diese sind aber viel dünner, und eine scharfe Teilung in genau abgegrenzte Abteilungen läfst sich nicht mehr erkennen. Der Inhalt ist weniger reich an Fibrin und Leukocyten und zeigt eine Umbildung und eine gleichmäfsige körnige Masse; in einigen Schnitten lassen sich auch die Anfänge einer Kruste erkennen in Gestalt einer kleinen homogenen Masse. Auf dem Boden des Bläschens sieht man in ziemlich weiter Ausdehnung die in Neubildung begriffene Epidermis, welche stellenweise durch einen Haarfollikel unterbrochen ist, um welchen herum der Prozefs in vollem Gange ist. An der Peripherie des Bläschens ist derselbe noch nicht so fortgeschritten und es scheint, als ob er hier angefangen, nachdem er im Zentrum bereits seinen Höhepunkt erreicht hatte. In der Cutis sind dieselben intensiven Entzündungserscheinungen mit Dilatation und Thrombose der Gefäfse zu sehen, dagegen keine nekrotische Prozesse der Zellen, wenn auch das Gewebe der Papillen bedeutend aufgelockert und rarefiziert und die epithelialen Scheiden der Follikel und Talgdrüsen infolge der entzündlichen Zellwanderung beinahe vollständig zerstört sind. Besser als im anderen Präparate erblickt man hier eigentliche interstitielle Hämorrhagien in den oberflächlichen Schichten der Cutis.

Das dritte Präparat stellt ein Bläschen aus der Ohrmuschel dar. Dasselbe ist noch gröfser als das vorhergehende und befindet sich in einer weiter vorgeschrittenen Periode der Involution mit jenen schweren Veränderungen, welche notwendig zur Bildung einer Narbe führen müssen. Nur noch an der Peripherie des Bläschens sieht man hier die Überreste eines eigentlichen Hohlraumes mit leuko-sero-fibrinösem Inhalte und ohne Fächerung. Im Zentrum hat sich bereits eine breite und dicke Kruste ausgebildet und zwar auf Kosten des sero-fibrinösen Inhalts und der Epidermisüberreste im Inneren des Bläschens. Mittelst geeigneter Färbemethoden läfst sich aber nachweisen, dafs sie auch aus dem oberflächlichen Teile der papillären Cutis besteht. Die Papillen sehen nämlich wie durch einen nekrotischen Prozefs angefressen aus, welcher die Zellen und das Bindegewebe ergriffen hat. Beinahe im ganzen Umfange der papillären Cutis sind interstitielle Hämorrhagien zu sehen; zahlreiche rote Blutkörperchen breiten sich in weiten Flächen aus und zwischen die nekrotischen Gewebspartien hinein bis ins Innere des Bläschenraumes, wo sie sich verändern und in unregelmäfsige gelbliche Massen verwandeln. Das elastische Netz ist eigentümlicherweise in diesen so veränderten Papillen erhalten nur zeigen seine Fasern einen merkwürdigen nicht mehr normalen steifen und geradlinigen Verlauf. Dieses Erhaltenbleiben der elastischen Fasern in einem so entzündeten Gewebe möchte ich besonders betonen, weil bereits DUBREUILH auf dieselbe Thatsache bei der Acne necrotica

hingewiesen hat, einer Affektion welche einige Ähnlichkeit hat mit der Hydroa vacciniformis.

Aus dem Vorhergehenden geht hervor, dafs es sich bei der Hydroa vacciniformis von BAZIN um eine sehr schwere leuko-sero-fibrinöse Entzündung der ganzen Hautdicke handelt, welche zur Bildung eines Bläschens im Innern der Stachelschicht führt und zwar durch einfache Verdrängung ohne vorhergehende Degeneration der Zellen. Die Entzündung besteht in einer frühzeitigen und intensiven Dilatation und Thrombose der oberflächlichen Gefäfse, zuweilen mit nachfolgender partieller Nekrose der Papillarschicht.

Die Annahme einer chemotaktischen Wirkung von Mikroorganismen zur Erklärung des Exudates ist unbegründet, weil sich weder bakteriologisch noch histologisch Bakterien nachweisen lassen. In Anbetracht des Umstandes, dafs Zellenveränderungen in der Stachelschicht fehlen, darf auch nicht von dem Mitspielen einer toxischen Substanz gesprochen werden. Wir haben vielmehr gesehen, dafs die Bläschen auf rein mechanischem Wege zustande kommen, indem die Epidermis dabei eine ganz passive Rolle spielt. Wir glauben auch nicht mit der Behauptung zu weit zu gehen, dafs auch die nekrotischen Veränderungen der papillären Cutis die Folge mechanischer, speziell hydraulischer Störungen sind, indem es im oberflächlichen Gefäfsnetze durch Uebertreten des Blutes in die dilatierten Gefäfse und durch Extravasation derselben zu einem Stillstande der Cirkulation gekommen ist.

Vielleicht bildet diese Dilatation mit der darausfolgenden Stase den Hauptfaktor und den Ausgangspunkt des Prozesses; denn in allen, auch den kleinsten Bläschen sieht man durch die Decke hindurch jenen bläulichen Fleck, welcher noch besser auf photographischem Wege als durch direkte Besichtigung erkannt wird.

Es läfst sich wohl kaum läugnen, dafs diese Gefäfsdilatation unter der Einwirkung der Sonnenstrahlen zustande kommt, welche die Hautregion, welche später erkranken soll direkt beeinflufst hat. Natürlich genügt nun aber diese Thatsache zur Erklärung der Pathogenese der Affektion keineswegs. Wie bei allen anderen angioneurotischen Affektionen, welche unter dem Einflusse äufserer Agentien entstehen, mufs nach den Momenten geforscht werden, welchen jene krankhafte Empfindlichkeit der Gefäfswandungen zugeschrieben werden können. Hiebei läfst uns aber die Histologie im Stiche und bleibt es der Klinik vorbehalten nachzuweisen ob die primären angioneurotischen Bedingungen im Arthritismus (wie es BAZIN meinte) gelegen seien oder aber in etwas von demselben ganz Verschiedenem und Bestimmterem.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Wallisellen.)

Litteratur.

1. Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse.* 1ère édit. Paris 1860.
2. Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau.* Paris 1862.
3. Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse.* 2me édit. Paris 1868.
4. J. Hutchinson, A case of „summer eruption" recurring with great severity for many years etc. *Clinical Society's transactions.* XXII. 1888.
5. Allan Jamieson, *The Lancet.* August 1888.
6. Handford, *Illustrated Medical News.* Oktober 1889.
7. Berliner, Über Hutchinsons „summer prurigo" und „summer eruption". *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII. 1891.
8. Buri, Ein Fall von Hutchinsons „summer eruption". *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIII. 1891.
9. T. Broes van Dort, Ein Fall von Hutchinsons eruptio aestivalis bullosa. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIV. 1892.
10. H. G. Brooke, *Brit. Journ. of Derm.* 1892.
11. R. Crocker, *Dis. of the skin.* 2. Auflage. 1893.
12. Boeck, Vier Fälle von Hydroa vaccinif. (Bazin), summer eruption (Hutchinson). *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXVI. 1. Heft.
13. Brocq, De l'hydroa vaccinif. *Ann. de derm. et de syph.* pag. 1003 u. 1133. 1894.
14. J. C. Bowen, Hydroa vaccinif. *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* März 1894.
15. R. Crocker, *Brit. Journ. of Derm.* Oktober 1894.
16. J. Moreira, Hydroa vaccinif. seu aestivalis. *Brit. journ. of derm.* Juni 1895. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIII. pag. 245.
17. Jarisch, Eruption d'été d'Hutchinson. *Ann. de derm. et de syph.* 1894. pag. 404.
18. J. E. Graham, Hydroa aestivale. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIII. No. 1. 1896.

Versammlungen.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung den 11. Mai 1896.

Einen Fall von motorischer Aphasie im Frühstadium eines akuten Exanthems stellt Brasch vor. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 34.) Das fast vierjährige Kind war mit Fieber und Bewufstlosigkeit erkrankt; zugleich war ein scharlachartiges Exanthem aufgetreten. Nachdem alle diese Erscheinungen zurückgegangen, konnte das Kind nicht sprechen, verstand aber alles, was man zu ihm sprach. In einigen Wochen kehrte das Sprechvermögen wieder vollkommen zurück. Während der Erkrankung bestand sonst keinerlei Lähmung und auch keine Albuminurie. Diese Erscheinung ist eine sehr seltene, ihre anatomische Grundlage schwer verständlich, da man eine Blutung bei fehlender Nephritis und dem Ausbleiben jeglicher sonstigen Lähmung nicht wahrscheinlich ist. Vielleicht handelt es sich um eine rein funktionelle Aphasie durch toxische Einflüsse.

Einen an Lues hereditaria tarda leidenden Patienten demonstiert Lewy-Dorn. Der 30jährige Patient leidet an einer Paresis faciobrachialis dextra und psychischen Störungen in Gestalt von Gedächtnisschwäche, Erregungszuständen, erschwerter Sprache und erschwertem Schreiben. Die Parese des rechten Arms ist gröfstenteils zurückgegangen; der linke Arm soll auch vorübergegend paretisch gewesen sein. Patient ist 1887 wegen eines Augenleidens mit einer Schmierkur behandelt. Es handelt sich um eine diffuse Rindenaffektion, wahrscheinlich auf luetischer Basis, obgleich keine Erscheinung überstandener Lues nachweisbar ist. Der Vater des Patienten hat vor der Heirat Lues acquiriert, die Mutter war infiziert und leidet jetzt an Tabes dorsalis. Der Bruder ist seit der Kindheit mit einer Augenaffektion und Geschwüren behaftet. Auffallend ist die lange Latenz von 22 Jahren, das Fehlen von Kopfschmerzen und Krämpfen.

Auf eine Frage von G. Lewin betont der Vortragende, dafs die glatte Atrophie des Zungengrundes nicht nachweisbar ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 5. März 1896.

1. **Chronische Cystitis mit konsekutiver excentrischer Hypertrophie und Insufficienz der Harnblase,** von S. Bakó. Der 54jährige Patient machte in seiner Jugend eine Blennorrhoe durch, die alsbald heilte. Bis vor zehn Jahren soll Patient stets gesund gewesen sein, wo sich angeblich infolge einer Erkältung häufiger und schmerzhafter Harndrang einstellte, der sich allmählich auf verschiedene Behandlungen (interne Mittel, Blasenwaschungen) verlor. In späteren Jahren wurde eine Striktur bei ihm konstatiert, welche mit Verweilkatheter und Blasenwaschungen behandelt wurde. Vor zwei Jahren traten angeblich wieder nach Erkältung dieselben Erscheinungen auf, die nun bis heute mit wechselnder Intensität anhalten.

Die Untersuchung des Kranken ergab, dafs in der Pars anterior gar keine krankhaften Veränderungen vorhanden sind, die untersuchende Sonde stöfst erst im hinteren Teile der Harnröhre auf ein Hindernis, welches teils durch den Sphincterkrampf verursacht wrid, teils in der Straffheit der Perinealfascien die Erklärung finden soll. Der allgemeine Zustand des Kranken ist trotz des langjährigen Leidens ein befriedigender, Fieber ist keines vorhanden. Die Prostata zeigt normalen Befund, die Blasenwandungen sind verdickt. Patient wurde mit Verweilkatheter und häufigen Blasenwaschungen behandelt, worauf die Erscheinungen so weit zurückgingen, dafs der Harndrang beinahe ganz sistierte. Bei Untersuchung der Expulsionskraft der Harnblase zeigte sich, dafs stets ein Residualharn von 200—300 g vorhanden ist.

B. glaubt annehmen zu müssen, dafs der Kausalnexus in der Kongestion der Harnblase zu suchen ist, welche auf die Arteriosklerose der Gefäfse zurückgeführt werden kann, andererseits auf die öfteren Erkältungen. Die Hypertrophie der Blasenwandung ist auf den jahrelang anhaltenden häufigen Harndrang und gesteigerte Arbeitsleistung der Blase zurückzuführen. Auf arteriosklerotische Basis beruhende chronische Cystitis kann auch ohne Prostatahypertrophie einhergehen, wie auch Guyon mehrere derartige Fälle beobachtete.

Fenyi stimmt dem bei, dafs in diesem Falle die Ätiologie der Cystitis mit Bestimmtheit nicht zu konstatieren ist, ist aber eher geneigt, die Cystitis auf eine instrumentelle Infektion zurückzuführen, wie sie leicht möglich durch Einführung des Verweilkatheters herbeigeführt werden konnte.

Róna kann nicht annehmen, dafs eine Cystitis durch Erkältung entstehen kann. Was die Theorie der Prostatahypertrophie auf arteriosklerotischer Basis anbelangt,

sind die Beweise dafür nicht genügend ermittelt. Was den Sphincterkrampf anbelangt, sind wir oft in der Lage, nicht nur mit weichen Kathetern nicht vordringen zu können, sondern selbst mit Metallkathetern nicht. In solchen Fällen empfiehlt er die Endoskopie dieser Partie, und wenn keine organische Veränderung zu finden ist, so kann man mit Ruhe welch' Instrument immer einführen.

Bakó kann zwar die alte Blennorrhoe als Ursache der jetzigen Affektion nicht ausschliefsen, in Anbetracht dessen aber, dafs das Leiden plötzlich aufgetreten ist und die Blennorrhoe bereits vor 24 Jahren bestanden hat, ist er eher geneigt, eine Erkältung als Gelegenheitsursache anzunehmen. Was die Guyonsche Theorie anbelangt, ist dieselbe noch lange nicht widerlegt, denn thatsächlich werden in 50% der Prostatahypertrophien arteriosklerotische Erkrankungen der Gefäfse vorgefunden.

2. **Partielle Harnröhrenresektion wegen einer infolge von Blennorrhoe entstandenen Striktur**, von S. Bakó. Der 45jährige Patient hatte vor 22 Jahren eine Blennorrhoe, nach fünf Jahren bemerkte er, dafs ihm das Harnlassen erschwert ist, bis sich im Verlaufe von vier Jahren vollkommene Harnretention einstellte, auf Behandlung urinierte Patient wieder besser, bis er vor einigen Monaten wieder mit einer Harnretention ins Hospital befördert wurde. Im Verlaufe der Untersuchung wurden zwei Strikturen konstatiert, die eine im skrotalen Teile, die andere in der Perinealgegend, welch letztere die hochgradige war. Durch das temporäre Dilatationsverfahren wurde Patient gebessert entlassen mit der Weisung, sich häufig zum Bougieren einzustellen. Nachdem aber Patient dieser Verordnung nicht nachkam, stellte sich alsbald die hochgradige Verengerung ein. Patient, der ein chronischer Säufer ist, bietet nicht die genügende Garantie, stets der Nachbehandlung nachzukommen, daher wurde bei ihm die Urethrotomia externa gemacht mit Resektion der strikturierten Partie, nachfolgender Naht und Liegenlassen eines Verweilkatheters. Der Verlauf war ein ganz normaler.

Der Patient bietet noch insofern ein Interesse, indem in der Nähe der strikturierten Stelle noch ein schiefverlaufender Strang verlief, welcher ebenfalls entfernt wurde. Man könnte annehmen, dafs dieser dünne Strang eine Harnröhrenfalte bilden konnte, wahrscheinlicher aber ist es, dafs derselbe ein artefizielles Produkt ist. Bei Einführung der Instrumente und bei der Harnverhaltung bildete derselbe kein Hindernis.

3. **Ein Fall von Lupus erythematosus**, von A. Havas. Der 25jährige Patient bemerkt seine Erkrankung seit drei Jahren, welche auf dem behaarten Kopfe, beiden Gesichtshälften und auf dem Nasenrücken lokalisiert ist und schuppende Kreissegmente bildet. Die meisten Stellen des Gesichtes sind bereits vernarbt. Die Ausbreitung seines Leidens ist rapid vor sich gegangen. Der ziemlich robuste Patient zeigt gar keine Zeichen der Tuberkulose. Seine Mutter ist angeblich an Tuberkulose gestorben und so könnte man dieses mit einem gewissen Optimismus als ein in neuester Zeit ventiliertes ätiologisches Moment betrachten, welchem er aber nicht beipflichten kann. Was die Prognose quoad sanationem anbelangt, ist dieselbe nicht gut zu nennen, indem der Prozefs stets zur Narbenbildung führt, und in diesem speziellen Falle kommt dies noch mehr in Anbetracht, indem der starken Ausbreitung halber die kosmetische Seite noch mehr in den Vordergrund tritt.

Schwimmer war stets der Ansicht, dafs diese Erkrankung zu den entzündlichen zu rechnen ist. In letzterer Zeit wurde er aber in dieser Auffassung etwas wankelmütig, seitdem er bei mehreren Individuen neben Lupus vulgaris-Formen auch den Lupus erythematosus gesehen hat. Instruktiv war in dieser Beziehung eine Frau seiner Abteilung, die auf einer Gesichtshälfte Lupus vulgaris, auf der anderen Lupus

erythematodes hatte. Er möchte zwar beide Formen nicht identifizieren, es scheint aber doch nicht unmöglich zu sein, dafs beide zu einander in Beziehung stehen. Was die Therapie anbelangt, ist dieselbe umsonst, indem sich früher oder später ein Recidiv einstellt, und dies scheint auch dafür zu sprechen, dafs wir es hier vielleicht mit einer bacillaren Erkrankung zu thun haben.

Justus erinnert sich im Anschlusse daran, dafs Prof. Schwimmer einen gewissen Nexus sucht zwischen Lupus vulgaris und erythematodes, eines Falles, der auf der Abteilung des Prof. Schwimmer lag und der ein Lupus erythematosus type asphyxique war. Der Fall bietet noch insoferne ein Interesse, indem derselbe Kranke auch Syringomyelie hatte. Man könnte in Zweifel ziehen die Identität dieser Erkrankung mit dem Lupus erythematodes.

Róna war noch nie in der Lage, an ein und demselben Individuum beide Formen zu beobachten. Was die Therapie anbelangt, kann man in manchen Fällen noch mit Acid. lacticum gute Resultate erzielen.

Basch hatte Gelegenheit, Lupus erythemathodes-Fälle längere Zeit hindurch zu beobachten, welche jeder Behandlung trotzend stets recidivierten. Der am 5. Dezember 1895 von Schwimmer in der dermatologischen Gesellschaft vorgestellte, durch Erysipel geheilte Fall von Lupus erythematodes kam bald darauf wieder mit einem ausgebreiteten Recidiv in seine Behandlung.

Havas möchte den von Schwimmer vorher erwähnten Fall von Lupus erythematodes und Lupus vulgaris so deuten, dafs sich der Lupus vulgaris in dem hyperämischen Anfangsstadium befunden hat und nicht als Lupus erythematosus zu bezeichnen ist.

4. **Demonstration von Metallsonden,** von S. Bakó. Bakó benutzt zur Entrierung und Erweiterung der Harnröhrenverengerungen, seitdem die Herstellung der französischen konischen Knopfsonden vervollkommnet ist, zumeist letztere. Dieselben haben durch eine gewisse Steifheit des Stieles den Vorteil, dafs wir einigermafsen die Führung des Instrumentes in der Hand haben. Es giebt aber Strikturen, hauptsächlich in der Pars bulbosa und membranacea, in denen wir oft in dem Stiele des Instrumentes keine Handhabe haben, hauptsächlich, wenn die Eingangspforte der Striktur eine derartige ist, wo sich die untere Wand der Harnröhre einstülpt und die obere Wand sehr rauh ist, in solchen Fällen dringt das Instrument schwer ein.

In solchen Fällen benutzt er eine Skala von Metallsonden nach französischem Muster, deren Ende ebenfalls konisch geknöpft ist, aber dem Falle entsprechend gebogen werden können. Es sind zwar biegsame Sonden längst im Gebrauche, seine Sonden haben aber über den französischen den Vorteil, dafs sie trotz soliden Materiales auch dort verwendet werden können, wo mit ersteren kein Ziel mehr erreicht wird, andererseits die Dilatation der Striktur eine intensivere ist. Gute Dienste leistet das Instrument hauptsächlich dort, wo die Striktur mit einer Prostatahypertrophie kompliziert ist, indem wir das Ende des Instrumentes a la catheter condé biegen, welches die Besiegung dieses zweiten Hindernisses auch bedeutend erleichtert.

Feleki giebt zwar zu, dafs das Instrument den Vorteil hat, dafs es biegbar ist, diese Idee ist zwar nicht neu, indem wir bereits biegbare Zinnsonden besitzen. Nur möchte er das knopfförmige Ende bemängeln, indem dasselbe gefährlich ist. In Fällen, wo wir mit sonst keinem Instrument durchdringen können, hält er fürs geeignetste das Lefortsche Instrument.

Róna glaubt zwar, dafs das Instrument in geübter Hand nicht gefährlich ist, es sollten aber unter 15 Charrière nur weiche Katheter benutzt werden.

Havas möchte die Benutzung derartig dünner Instrumente nicht empfehlen.

Alapi empfiehlt dieses Instrument nur bei Fausse route.

Róna empfiehlt in solchen Fällen, wo die Auffindung der Strikturmündung mit der Sonde erschwert ist, vorangehende Untersuchung mit dem Endoskop.

Schwimmer ist der Ansicht, dafs das Endoskop zur Diagnostizierung der Striktur nicht verwendet werden kann, und hauptsächlich in solchen Fällen, wo deren mehrere vorhanden sind.

Bakó bemerkt schliefslich, dafs er diese Sonden nur dann benutzt, wenn er mit dem weichen Katheter nicht durchdringen kann.

5. **Demonstration einer Elektrode zur Elektrisierung der Prostata,** von Popper. P. demonstriert eine Elektrode, mit welcher er die Prostata elektrisiert. Das Instrument besteht aus einem Kautschukisolator, welcher in den Mastdarm eingeführt wird; der Kautschuk ist fingerdick, konisch, und auf der der Prostata zugekehrten Seite mit einer Metallplatte versehen. Zur Dirigierung dieser Elektrode dient ein Holzstiel, welcher mit derselben einen rechten Winkel bildet. Am Ende des Stieles sind die verbindenden Schrauben angebracht, durch den Stiel gehen die Drähte. Die andere (+) Elektrode wird in der Gegend der entleerten Blase plaziert. In dieser Situation exprimiert der faradische Strom die chronisch entzündete Prostata, und durch deren Zusammenziehung werden selbst die kleinsten Ausführungsgänge von ihrem Sekrete befreit. Einen Hauptdienst leistet dieser Apparat in Fällen von Spermatorrhoe und Prostatorrhoe.

Frigyesi macht die Bemerkung, dafs weder die Idee, noch das Instrument neu sind, denn zur Prostataelektrisation dienende Sonden und Antrophore sind längst in Benutzung und sind auch längst der Vergessenheit übergeben worden. Er hat übrigens an Leichen Messungen angestellt, welche beweisen, dafs der in den Mastdarm eingeführte Teil die obere Grenze der Prostata nicht erreichen kann, um so weniger die Samenbläschen.

Popper kann noch einmal bestätigen, dafs er mit seinem Instrument gute Resultate erreicht hat, welches er zunächst mit Krankenvorstellungen bekräftigen will. Die Messungen an der Leiche können nicht mit den Lebenden in Einklang gebracht werden. Er hat über 100 Fälle untersucht und konnte stets die Prostata abgrenzen. Überhaupt war die Intension der bisjetzigen Instrumente, nicht direkt auf die Muskulatur einwirken zu lassen, sondern es wurde die Reizung der Prostata indirekt durch Reizung des Nerven herbeigeführt, indem beide Elektroden auf das Kreuzbein gesetzt wurden und zumeist der galvanische Strom verwendet wird.

A. Aschner-Budapest.

VI. Kongrefs russischer Ärzte in Kiew.

Sektion für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

(Referent: J. Grünberg-St. Petersburg.)

I. Sitzung vom 22. April 1896.

Die Sitzung wurde eröffnet durch eine Rede des Sektionsleiters, Prof. Stukowenkow, der als Ursache des regen Besuches des Kongresses die Stadt Kiew selbst sowohl als auch die Universität betrachtet, deren medizinische Fakultät so reich war an berühmten Männern während ihres 50jährigen Bestehens (Pirogoff, Karawaew etc.). Den zahlreichen Besuch der Sektion für Hautkrankheiten erklärt Prof. Stukowenkow durch das Interesse, das in letzterer Zeit das Studium der Hautkrankheiten in seiner Wechselwirkung mit den anderen Gebieten der Medizin hervorruft.

Auf Vorschlag Prof. Stukowenkows wurde als Ehrenpräses Prof. Tarnovsky erwählt, der darauf die Anwesenden im Namen der Russ. Syphilidologischen Gesell-

schaft begrüfste, während Prof. Stukowenkow das Begrüfsungstelegramm des Prof. Pospelow aus Moskau verlas.

Während des zu haltenden Vortrages übergab Prof. Tarnovsky das Präsidium an Prof. Stukowenkow.

1. Tarnovsky: **Über die Behandlung der Syphilis mittelst Blutserum.** Bis zur letzten Zeit bestand die Blutserumtherapie der Lues in Injektionen 1. des Blutserums gesunder Tiere — von Hunden (Richet, Héricourt, Feulard), Kälbern (Tommasoli, Kollmann, Mozza, Istomanow), 2. des Serums kranker Menschen in gummösem und sekundärem (Pellizzari, Wewiorowsky) oder heriditärem Stadium (Bonaduce), 3. des Serums von Tieren, die mit Syphilis infiziert worden waren. Im allgemeinen hat die Syphilistherapie mittelst Serum vorläufig keine positiven Erfolge geliefert. Vortragender findet auf Grund seiner Untersuchungen von 1870 und 1886 bis 1887, dafs die am meisten infektionsfähigen Tiere junge Füllen sind. Indem er zweien Füllen im Laufe eines halben Jahres und einem Füllen im Laufe von 11 Monaten syphilitisches Gift einimpfte, fand er zwar bei Lebzeiten des Tieres keine spezifischen Erscheinungen, dafür aber Granulationsinfektionen und Bindegewebsneubildung in den Lymphdrüsen, der Leber, dem Herzen u. s. w. Auf Grund dieser Befunde hält Autor die Füllen für infektionsfähig. Zu Untersuchungen waren drei Füllen gewählt worden, von denen zweien Syphilis mehrmals eingeimpft wurde, während das dritte als Kontrolltier unter gleichen Verhältnissen sich befand. Die Impfungen wurden ausgeführt 1. durch 5—7maliges Einlegen von Ausschnitten von Papeln in einen Hauteinschnitt bis zur Heilung dieser Hautwunde. Beim Abnehmen des Verbandes war die Watte mit Eiter durchtränkt. 2. durch Auflegen des Sekrets von nässenden Papeln und Primäraffekten auf eine durch mouche volante erzeugte Wundfläche; diese Impfung wurde neunmal bis zur Wundheilung ausgeführt; 3. durch subkutane Injektion des einer vegetierenden Papel entnommenen Sekrets, das mit einer physiologischen Kochsalzlösung verdünnt, in einer Quantität von 2 g injiziert wurde. An der Injektionsstelle bildete sich ein Abscess. 4. durch subkutane Injektion einer Emulsion, bestehend aus einer nässenden Papel, die im Porzellanmörser mit 2 g einer physiologischen NaCl-Lösung verrieben wurde. Jedesmal bildete sich an der Injektionsstelle ein Abscefs. Das Serum wurde im Institut der experimentellen Medizin angefertigt. Autor hatte 6 Patienten in Beobachtung, die streng vor jeder Hg-Einwirkung bewahrt waren; von ihnen befanden sich 5 im kondylomatösen Stadium und einer im gummösen. Jedesmal werden 10—20 ccm injiziert. I bekam 485 ccm in 25 Inj., II 390 ccm in 20 Inj., III 455 ccm in 25 Inj., IV 380 ccm in 20 Inj., V 380 ccm in 20 Inj., VI 140 ccm in 8 Inj.

Auf Grund dieser Beobachtungen kam Autor zur Überzeugung, dafs das Blutserum syphilisierter Füllen keinen günstigen Einfluſs auf die Syphilis kranker Menschen ausübe, weder im frühen noch im späten Stadium, und daher als Behandlungsmethode zu verwerfen sei. Ferner heben die Injektionen nicht nur nicht den Allgemeinzustand des Patienten, sondern wirken nicht einmal indifferent, da Autor bei den damit Behandelten Temperaturerhöhung, Eiweifs im Harn, Purpuraauftritt und Körpergewichtsabnahme konstatierte.

Zum Schluſs übertrug T. die Theorie der Wirkung der Antitoxine, die mit dem Serum eingespritzt werden, auf das Quecksilber und sprach die Ansicht aus, dafs dasselbe, ins Blut eingeführt, ähnlich den Antagonisten wirke, d. h. weder vernichtend noch neutralisierend auf das luetische Gift einwirke, sondern die Widerstandsfähigkeit des Patienten hebe. Zu diesem Zwecke begann er Hg (durch intramuskuläre Injektionen von Kalomel) gesunden Füllen einzuführen und mit dem Serum derselben

Patienten zu behandeln. Über die Resultate dieser Behandlung behält er sich weitere Mitteilungen vor.

In der darauffolgenden Diskussion, sprach NASTJUKOW die Ansicht aus, dafs im Serum, das TARNOVSKY gebrauchte, zu wenig Antitoxine enthalten gewesen sein mögen, welchem Umstande auch der resultatlose Verlauf der Untersuchungen zugeschrieben werden könnte. Wenn man erst das Mikrobion der Lues auffinden und im Laboratorium genügende Mengen von Toxinen darstellen könnte, würde die Serumtherapie der Syphilis andere Resultate liefern.

TARNOVSKY erwiderte, dafs wenn im Serum auch nur die minimalsten Mengen von Antitoxinen enthalten wären, so hätten sie doch irgend eine, sei es auch nur die geringste Wirkung, hervorbringen müssen.

BOBOWSKY hatte das Serum einer gesunden Ziege und des vorher syphilisierten Bockes angewandt und gar keine Wirkung konstatieren können; Eiweifs im Harn erschien nicht; Temperaturanstieg bis 38,5 war nur bei einem von 12 Patienten beobachtet worden. Bei 5 Syphilitikern verschwanden die äufseren Erscheinungen, auf Grund welchen Umstandes B. der Serumtherapie der Zukunft ein gutes Prognostikum stellt.

TARNOVSKY spricht die letztere Besserung dem Hg zu, das in den syphilitischen Abteilungen der Krankenhäuser in der Luft suspendiert ist; die betr. Patienten wären eben vor der Hg-Wirkung nicht genügend geschützt worden, was zur Reinheit derartiger Untersuchungen absolut notwenig ist.

SELENEW findet die Veränderungen in den Organen der syphilisierten Füllen nicht analog den echt syphilitischen Affektionen. Er meint, dafs die Serumtherapie solange keinen festen Boden haben werde, als man kein Tier findet, dem Syphilis eingeimpft werden könne.

Auch STUKOWENKOW schliefst sich der Ansicht TARNOVSKYS in der Serumfrage an und verweist auf die Wirkungsfähigkeit des Hg auf die Syphilis, in welcher Form es auch dem Organismus eingeführt werde. Er verweist ferner auf die verschiedenen Anwendungsformen in der Frage der Serumtherapie, wobei er TOMMASOLIS erwähnt, der Syphilis zu behandeln versucht hat mit Injektionen der Milch und des Knochenmarkes von Syphilitikern.

2. A. G. LURJE: **Über die Wirkung von Pferdeserum bei subkutanen Injektionen auf die Zusammensetzung des Blutes der Syphilitiker.** Referent beschreibt die Veränderungen des Blutes und der Harnbestandteile (der Chloride, Phosphate, des Harnstoffes) bei Einwirkung von Pferdeserum auf die Syphilitiker. Die Untersuchungen, in 7 Fällen, wurden an Patienten im kondylomatösen Stadium ausgeführt. Im ganzen wurden

dem	I.	Patienten	243	ccm	in	29	mal	in 48	Tagen,
„	II.	„	241	„	„	29	„	„ 48	„
„	III.	„	165	„	„	20	„	„ 39	„
„	IV.	„	143	„	„	19	„	„ 38	„
„	V.	„	99	„	„	15	„	„ 32	„
„	VI.	„	70	„	„	12	„	„ 28	„
„	VII.	„	63	„	„	10	„	„ 23	„

eingeführt. Ungeachtet der Injektionen des Serums treten dieselben Blutveränderungen, die die Syphilis stets hervorruft, im selben Mafse auf, wie bei Kranken, die nicht mit Serum behandelt werden. Die Vermehrung des Harnstoffes, der Chloride und Phosphate bei den meisten Fällen bringt Autor in Abhängigkeit vom Zerfall der roten Blutkörperchen, wie es auch die Autoren thun, die früher diese Frage bearbeiteten. Die Hautsyphilide schwanden bei Anwendung des Pferdeserums nicht.

Tarnovsky sieht in den Beobachtungen des Vortragenden einen objektiven Beweis für die Unwirksamkeit der Serumtherapie der Lues.

3. P. Nicolsky: **Ein Fall von schwerer galloppierender Syphilis mit anhaltendem Fieber.** Patient, Jurist, 28 J. alt, infizierte sich mit Lues vor 2 Jahren und 2 Monaten. Die Anamnese ergiebt hereditären Alkoholismus (zwei Grofsväter, Mutter und drei Tanten litten an Alkoholismus) und mehrmaliges lang anhaltendes Fieber des Patienten selbst vor seiner Syphilisinfektion, Phagedänischer Schanker. Das erste Syphilid war ein eiteriges. Dann stetige Recidive, die nie vollständig schwanden, sondern nur unter der Hg-Einwirkung (die Hautsyphilide) und dem Jodgebrauch (die Erscheinungen seitens der Knochen) sich milderten. Besonders gut wirkte die Kur in Pjatigorsk. Milz und Leber sind vergröfsert. Das Fieber ist täglich, von intermittierendem Typus, seit dem 16. Tage nach dem Primäraffekt, mit zwei Unterbrechungen (von 2 Wochen und 2 Monaten) und weicht nicht der Hg-Behandlung, nur wird es, allerdings für kurze Zeit, vom Jod günstig beeinflufst. Referent bringt das Fieber ausschliefslich mit der Syphilis in Verbindung, indem er hauptsächliches Augenmerk auf die schwache Widerstandsfähigkeit der wärmeregulierenden Zentren lenkt, hervorgerufen durch die ererbte nervöse Anlage. Den schweren Verlauf der Krankheit erklärt er durch dieselbe herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der Wärmeregulierer, die im Connex mit den anormalen chemischen Prozessen im Körper stehen müssen.

Bashenow beschuldigt den Autor, die Jodbehandlung im vorliegenden Falle zu spät begonnen zu haben, da die gemischte Behandlung bei perniciöser Syphilis allgemein gelobt wird.

Vortragender weist den Vorwurf zurück, da in seinem Falle der Verlauf ein schwerer blieb, trotz lang andauernder Jodbehandlung.

Schadek schlofs sich der Ansicht Bashenows an, indem er auf die günstige Wirkung des Kaliumjodats auf das syphilitische Fieber hinwies.

Selenow stimmt mit den Ursachen des Ref. nicht überein, da ja schon durch die Anamnese Gründe für einen schweren Syphilisverlauf gegeben sind; der hereditäre Alkoholismus, der ja nicht nur Veränderungen im Gehirn, sondern auch in den anderen Geweben hervorruft, und das vor der Syphilisinfektion andauernde Fieber, vielleicht infektiösen Charakters (Tuberkulose, Malaria?). Die letzteren sind durch das negative Resultat der Plasmodiaaufsuchung im Blut (nur einmal ausgeführt) und der Bacillen im Sputum nicht als genügend begründet auszuschliefsen. Die relative Unwirksamkeit des Jod spricht ferner gegen den syphilitischen Charakter des Fiebers. S. führt seinen von ihm beschriebenen Fall an, wo ein gummöses Syphilid mit Malaria mit monatlichen Fieberanfällen mittelst Injektion von Hg.-benzoicum geheilt wurde, welches, auf die Syphilis wirkend, dem Kranken half, die Malaria zu überwinden.

Nicolsky wies auf das negative Resultat der Untersuchungen des Blutes und Sputums, auf die gesunde nicht sumpfige Gegend hin, in der Patient gelebt hat, und glaubt, eine latente Tuberkulose (die 2 Jahre lang latent sein sollte) ausschliefsen zu können.

Auf das Bedauern, das Dubrowo ausdrückt, dafs Patient nicht genügend auf sein Nervensystem untersucht worden sei, vielleicht könnte etwaige Hysterie oder andere nervöse Erkrankungen andere Anhaltspunkte gewähren, erwiderte Nicolsky, dafs aufser einiger Erhöhung der Schmerzempfindung und der Sehnenreflexe nichts konstatiert werden konnte.

Tarnovsky fragte nach der Dauer des Primäraffekts, ob ferner das Frauenzimmer untersucht worden sei, von dem Patient sich infiziert hatte, und ob wirklich gleichzeitig Papeln und Tuberkel aufgetreten seien.

Nicolsky teilte mit, dafs das primäre Stadium 3 Wochen gedauert habe, das betreffende Frauenzimmer unbekannt geblieben sei und gleichzeitig Papeln und Tuberkel vorhanden gewesen seien.

Tarnovsky meint, dafs der referierte Fall für das Vorhandensein eines andauernden syphilitischen Fiebers spreche und empfiehlt in solchen Fällen aufser Jod einen Aufenthalt in warmem, milden Klima, etwa in Kairo.

4. W. Mironowicz: **Zur Frage der Hg-Ausscheidung durch den Schweifs.** Autor wiederholt das von ihm schon im Jahre 1894 (*Medic. Rundschau.* No. 12. 1894) auf Grund seiner 13 Beobachtungen, in denen das Hg im Schweifs nachgewiesen werden konnte, bereits gesagte.

5. O. Nicolsky: **Zur Frage des Kampfes mit der Syphilis.** Autor berührt die Frage über die Spezialärzte auf dem Lande und drückt seine Unzufriedenheit darüber aus, dafs dieser Spezialität in der Gesellschaft so wenig Beachtung geschenkt werde. Als Mittel im Kampf mit der Syphilis schlägt er vor, dafs die Landschaften Spezialärzte engagieren sollen.

Während Korowko meint, dafs Spezialärzte kein Vertrauen der Bauern geniefsen dürften, da die letzteren ihre Syphilis zu verheimlichen streben, schlägt Sukatschew vor, den Bildungsgrad des Volkes zu heben und Selenow meint, dafs die Vorbereitung der Studenten auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und der Syphilidologie, denen in Kiew 5 Stunden wöchentlich zuerteilt werden, vollkommen ungenügend sei.

Stukowenkow und Tarnovsky schliefsen sich diesen Ansichten an und behaupten, dafs zum erfolgreichen Kampfe mit der Syphilis auf dem Lande eine Spezialisierung der Ärzte für Syphilis und Hautkrankheiten einerseits und andererseits ein Heben des Bildungsgrades des Volkes wesentlich bedingt sei.

II. Sitzung vom 24. April 1896.

1. Semenow: **Zur Pathologie des multiplen idiopathischen Pigmentsarkoms der Haut.** Nach einem kurzen Abrifs über den heutigen Stand der Frage auf Grund der ausländischen (Kaposi, Pringle, Gilbert, Havas, Koebner, Spiegler, Perrin, Unna) und der russischen (Stukowenkow) Litteratur, teilte Ref. drei Fälle mit, die er in der Klinik Stukowenkows Gelegenheit hatte zu beobachten.

Das Interesse des ersten Falles (von Stukowenkow sub No. 5 auf dem V. Kongresse russischer Ärzte referiert) besteht im glücklichen Ausgang desselben bei interner Behandlung mittelst Liq. arsenic. Fowleri, Druckverband und Massage der Knoten, hauptsächlich durch das überstandene schwere Erysipel. Die Knoten aus der Hüfte, den Glutaeis, dem Vorderarm, der Schulter, dem linken Nasenflügel und dem linken Ohrläppchen waren kleiner geworden, die Infiltration an der Nasenwurzel war ganz verschwunden; es blieb nur zurück: die livide Färbung an den Zehen des rechten Fufses und dem äufseren Rande der linken Sohle, sowie einige kaum bemerkbare Infiltrationen auf der dorsalen Fläche der linken Finger.

Der zweite Fall, der im Laufe eines Tages letal verlief durch Komplikation einer beiderseitigen Pleuritis mit krupöser linkseitiger Pneumonie (10/I. = Temp. 41,2°, Dämpfung in der linken Lunge, Krepitation, Cyanose, schwache Herzthätigkeit, Delirien; 11/I. exitus letalis um 10 Uhr abends) war histologisch untersucht worden.

Hautknoten: Hypertrophie des str. corneum und des rete Malpighi; tiefes Eindringen desselben zwischen den Hautpapillen, Wanderzellen in der Tiefe der Epitheldecke; in der papillaren und subpapillaren Schicht eine Verbreiterung und Ver-

mehrung der kapillaren Gefäfse, eine Wandverdickung und Aufquellung der Kerne im Endothel der Arterien, Anhäufung kleiner runder und eiförmiger Granulationszellen mit geringem durchscheinenden Protoplasma und grofsen runden und stabförmigen Kernen in der Längsachse der Gefäfse. Von diesen Zellnestern gehen Zellenausläufer zur Papillenschicht und zum Unterhautzellgewebe. In denselben und um die Schweifsdrüsen herum findet sich auch eine Anhäufung von Zellen. Verbreiterung der Lymphlücken zwischen den Bindegewebsfasern. Frische Blutaustritte und Haufen von körnigem, gelblichbraunen Pigment um die verbreiterten Gefäfse, besonders an der Grenze der eigentlichen Haut und dem Unterhautzellgewebe.

Leberknoten: Verbreiterte und verzweigte Kapillargefäfse; die Gefäfse selbst und das sie umgebende Gewebe sind vollgepfropft mit roten Blutkörperchen; stellenweise Anhäufung von Gallenpigment.

Knoten des Intestinaltraktus: Verbreiterung und Verzweigung der Gefäfse, Blutaustritte. In den intervertebralen nervösen Ganglien und den Vorderhörnern eine Pigmentanhäufung in den Zellen, Verbreiterung der Gefäfse und Verdickung ihrer Wände.

Auf Grund der Krankheitssymptome (der zuweilen vorhergehenden Kopfschmerzen und Kopfschwindel, der starken Neuralgien beim Eintritt der äufseren Erscheinungen, des Juckreizes, der nervösen Ödeme, der Anlage zur symmetrischen Ausbreitung hyperämischer Erscheinungen, der Störungen in der Funktion der Sekretionsorgane, Abweichungen in der Schmerzempfindung und der elektrischen Erregbarkeit) und der histopathologischen Erscheinungen der inneren Organe kommt Autor zum Schlufs, dafs das Sarcoma pigmentodes idiopathicum multiplex cutis KAPOSI ein nervöses Leiden sei, bedingt, aller Wahrscheinlichkeit nach, durch eine paralytische Gefäfsnekrose.

Zum Schlufs führte Vortragender den Fall an, den STUKOWENKOW als Sarkom KAPOSI ansprach, während SIKORSKY einige Zeit vorher Erythromelalgie diagnostiziert hatte, und lenkte die Aufmerksamkeit besonders auf die Ähnlichkeit der äufseren Anzeichen und der Anfangserscheinungen.

In der Diskussion wies STUKOWENKOW darauf hin, dafs im Beginn der Erkrankung von ihm inkonstante Ödeme und nicht Knotenbildung beobachtet worden seien, wie früher, und dafs Ref. ein neues klinisches Faktum feststellt: nervöse Störungen, die den Erscheinungen an der Haut vorhergehen. Auch PETERSEN macht auf den neuen Gesichtspunkt aufmerksam, den Ref. in Hinsicht auf die Ätiologie der Erkrankung aufstellt.

TARNOVSKY sah in einigen Fällen von Sarkom, die von TRAPESNIKOW beschrieben wurden, Heilung unter dem Einfluss von Arsenik, worauf SEMENOW erwidert, dafs diese Form der Erkrankung nach KAPOSI der Behandlung mit Arsenik nicht weiche, und dafs, um eine vollständige Genesung zu behaupten, eine langdauernde Beobachtung des Patienten stattfinden müsse. STUKOWENKOW fügte noch hinzu, dafs nach KAPOSI der Krankheitsprozefs stets von der Hand oder dem Fufs aus den Anfang nehme und dem Arsenik nicht weiche, im Falle TRAPESNIKOWS aber, der früher noch von WULFF beschrieben worden sei, hätte die Krankheit von der Schulter aus ihren Anfang genommen, daher denn der Fall auch nicht für beweisend gelten könne.

TARNOVSKY erwiderte, dafs bei allen Patienten der Prozefs von den Händen aus begonnen habe.

2. M. P. MANASSEIN: **Zur Frage über die Durchlässigkeit der Haut.** Vortragender beendete seine Mitteilungen über obige Frage auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen, wozu er Hautstücke sowohl von Menschen als von Tieren nahm. Die Mitteilung wurde vervollständigt durch Vorzeigung von Mikrophotogrammen. Folgende Schlüsse: 1. Die lebende unverletzte Haut der Warmblüter ist

undurchlässig für Salben bei der gewöhnlichen Methode der Einreibungen. 2. Die Salbe dringt verschieden tief in die Haarbälge ein.

In der Diskussion weist Selenow auf die Behandlung der Syphilis nach der Methode Welanders hin, nach der die graue Salbe nur auf die Haut gebracht, nicht aber in die Haut eingerieben wird, und günstige Resultate bietet. Das bestätigt die Ansicht des Referenten, dafs bei der Quecksilbereinreibung das Metall in den Organismus nicht durch die Haut, sondern die Athmungsorgane tritt.

3. O. Petersen: **Über die Affektionen des Rachens bei Syphilis.** Von der Absicht ausgehend, die Häufigkeit und die Formen der Rachenaffektionen bei Syphilis festzustellen, untersuchte Autor 150 Syphilitiker (Männer); von denen bei 64 Syphilis recens, 74 Syphilis recidiva und 12 Syphilis tardiva konstatiert worden war. Das syphilitische Erythema war bei recenter Syphilis in 32,8%, bei recidiver in 31,4% festzustellen, also fast in gleichem Prozentsatz, während Papeln bei frischer Syphilis in 7,8% und bei recidiver in 29,7% beobachtet werden, also bei letzterer Form viermal häufiger als bei frischer.

Infolge der gleichen Häufigkeit des Erythems des Rachens bei frischer sowohl, als auch bei recidiver Lues, hält Autor dasselbe für nicht spezifisch, obgleich er zugiebt, dafs weitere Nachforschungen die Richtigkeit seiner Ansicht entweder bestätigen oder umstofsen könnten.

4. A. Lindström: **Zur Frage über das Epithelioma contagiosum.** Vortragender teilte einen solchen Fall aus der Klinik Stukowenkows mit, zugleich mit den Resultaten der mikroskopischen Untersuchungen, die aber nichts neues ergaben; die parasitäre Herkunft des Prozesses blieb auch unaufgeklärt.

5. P. Nicolsky: **Pemphigus foliaceus** (Cazenave). N. wiederholte seine Meinung über diese so seltene Hauterkrankung, die er schon früher (V. Kongrefs russischer Ärzte) ausgesprochen. In einem einzigen derartigen Falle, der ihm zudem erst nach mehr als zweijähriger Dauer des Prozesses zu Gesicht gekommen, und der mit starkem Juckreiz kompliziert war, fand er an wenigen Stellen, die augenscheinlich von den Blasen unberührt geblieben waren, eine Verbindung zwischen dem Stratum corneum und granulosum, welchem Umstande er eine ganz besondere Bedeutung zuschreiben zu müssen glaubte, wobei er sich zugleich die Priorität dieses Fundes zuschrieb. Vortragender behauptet seine Ansicht auch an dieser Stelle und schlägt die Benennung: Keratolysis universalis für diesen Prozefs vor.

6. W. Mironowicz: **Die Methode der subkutanen Einführung von Quecksilber bei der Behandlung mittelst Schwefelwannen in Ptjatigorsk.** Redner weist auf die geringe Wirkung der Friktionen in den Badeorten hin. Ungeachtet der grofsen Mengen von Ungt. ciner. (1—2—6—15,0 Sgl.) ist die Heilwirkung und die Quantität des Hg im Harn nur eine geringe. Kondylomatöse Syphilide verschwinden erst nach 20—40, gummöse nach 35—50 Friktionen. M. stellt das dem starken Schwitzen der Patienten auf Rechnung, wodurch das Hg aus den Hautdrüsen, seiner Meinung nach, herausgedrückt werde und nicht ins Blut treten könne.

Er empfiehlt, in den Badeorten Injektionen vorzuziehen, da wir durch dieselben es in der Hand haben, die nötige Quantität des Heilmittels dem Blut einzuverleiben und schnelleren Erfolg zu erzielen.

Preiss spricht in der Diskussion seine Meinung aus, wonach nach seinen neunjährigen Erfahrungen die Friktionen mittelst grauer Salbe einen viel schnelleren und besseren Erfolg erzielen, als die Injektionen, besonders in schwereren Fällen.

Borowsky macht darauf aufmerksam, dafs in den Resultaten des Ref. ein offener Widerspruch liege: wie allbekannt, verschwinden die kondylomatösen Erscheinungen stets nach 10—15 Friktionen, in den Fällen des Ref. aber bei günstigem Klima des Badeortes erst nach ca. 40 Friktionen. Ferner wäre aus den Mitteilungen Manasseins eben erst ersichtlich gewesen, dafs bei den Einreibungen das Hg durch die Athmungsorgane in den Organismus tritt, und weniger durch die Haut.

Dubrowo fügte hinzu, dafs im Kaukasus Formen von Lues, die bei uns von der Behandlung unberührt bleiben, dank dem Klima allein zu schwinden pflegen.

Tarnovsky meint, dafs gar kein Grund vorhanden sei, anzunehmen, dafs bei stärkerem Schwitzen die Friktionen weniger gut einwirken, da Ref. keine vergleichenden Untersuchungen angeführt habe über die Wirkung der Friktionen bei niederer und hoher Temperatur.

M. erwidert, dafs er seine Schlüsse auf der grofsen Quecksilberquantität im Harn gründe.

III. Sitzung vom 25. April 1896.

Als Ehrenpräses fungiert Dr. Koppel.

1. W. Kudysch: **Zur Frage über die Ausscheidung des Hg durch den Harn bei interner Einführung desselben.** Redner beobachtete Quecksilberausscheidung durch den Harn während der Untersuchungen Stukowenkows über die intravenösen Einspritzungen und kam zum Schlufs, dafs in diesen Fällen das Hg viel schneller und in gröfseren Mengen als bei subkutanen Injektionen ausgeschieden werde. Im Harn sei weder Eiweifs noch Zucker nachzuweisen gewesen.

2. Koppel: **Über die Verbreitung der Lepra und den Kampf mit ihr in den Baltischen Provinzen.** Nach dem Zeugnis verschiedener Autoren (Wachsmut, Bergmann, Belleberg, Paulsohn, Hellat, Lodk, Pallop und Ackel) die zwischen 1867—1895 die Zahl der Leprösen in den verschiedenen Gegenden Livlands sammelten, wuchs und wächst ihre Anzahl und erreicht im Augenblicke ca. 600. In Kurland fand Hellat (1885—1886) 76, in Esthland 26 Lepröse.

Der Kampf mit der Lepra war von Wahl in Angriff genommen worden, der die Krankheit für infektiös hielt, und wird jetzt von Dehio fortgesetzt. Er besteht in Gründung von Leprosorien, wie es im Mittelalter und noch jetzt in Norwegen geübt wird. Bis jetzt sind einige Asyle eröffnet: in der Nähe von Dorpat auf 20, am Pleskauer See auf 80 und bei Wladen auf 60 Betten. Vorläufig hatte privater Wohlthätigkeitssinn die Mittel zum Kampfe zu erbringen gesucht, als diese aber doch zu gering waren, übernahm der Landtag die Sorge um 300 Lepröse, die Leitung der schon bestehenden, als auch die Organisation neuer Leprosorien der Gesellschaft zum Kampf mit der Lepra überlassend, die im Jahre 1891 begründet wurde. In der Nähe von Riga ist ein solches Asyl auf 100 Betten, in Esthland soll eines auf 60 Betten erbaut werden und unlängst ist das erste Leprosorium in Kurland eröffnet worden. Das Dorpater Leprosorium dient den Studenten der Medizin zugleich als Lehrmaterial.

In der darauffolgenden Diskussion erkundigte sich Tarnovsky über die Art der Behandlung im allgemeinen und ob Oleum chaulmoograe angewandt worden wäre. Koppel erwiderte, dafs alle möglichen Behandlungsmethoden versucht worden seien, unter anderen auch Injektionen von Hydrarg. salicyl. subkutan und Thyreoidin. Tarnovsky sah günstige Resultate bei grofsen Dosen von Oleum gynocardiae.

Petersen meinte, man müsse stets vorsichtig mit dem Feststellen der Genesung eines Leprösen sein, da die Lepra häufig Recidive böte. Er habe in Norwegen bei

Kalori einen Fall gesehen, der seit 2 Jahren keine Erscheinungen mehr dargeboten habe und dennoch scheute sich Kalori ihn vor Ablauf von 10 Jahren als gesund zu erklären.

Tarnovsky führte einen Fall an, in dem die Heilung unter der Wirkung von Weinsteinsäure eingetreten sei. Im Laufe von 2 Jahren wäre kein Recidiv aufgetreten. In Norwegen hatte er die Ansicht über günstige Einwirkung klimatischer Verhältnisse auf die Lepra aussprechen hören.

Petersen wies auf Hansen hin, der Lepröse in Amerika bei Übergesiedelten konstatieren konnte.

Stukowenkow hatte auch in einem Falle von Oleum chaulmoograe günstigen Einfluſs gesehen und fragte den Redner, welchem Umstande man eigentlich den Zuwachs der Krankenanzahl zuschreiben müsse; der Vermehrung von Kranken oder der besseren Kenntnis der Krankheit selbst und daher der besseren Diagnose?

Koppel hält die Verbreitung der Lepra in den baltischen Provinzen für zweifellos.

Stukowenkow fragte den Vortragenden nach seiner Ansicht über die Infektionsfähigkeit der Lepra, die Koppel bejaht, die Möglichkeit einer Vererbung aber strikt in Abrede stellt. Bei der Lepra tritt nämlich sexuelle Impotenz ein und bei Abwesenheit der Infektiosität müſste daher die Krankheit aussterben.

Stukowenkow hält es für unmöglich, auf Grund unserer heutigen Kenntnis die Infektionsfähigkeit der Lepra für erwiesen zu halten, und führt zwei Fälle an, einen aus Tscherkass (Kiewsches Gouvernement), den anderen aus Jelisawetgrad, in denen die Kranken nie in Berührung mit Leprösen gekommen wären. In Konstantinopel hatte er im Leprosorium Zambacos viele Lepröse, die verheiratet waren und Kinder hätten, gesehen. In der Klinik Polotebnows hatte er Kranke gesehen, die lange Zeit Seite an Seite mit anderen gelegen hatten und nie hätte eine Infektion weder derselben noch des Wärter- oder Ärztepersonals stattgefunden.

Koppel meinte, bei der Lepra sei die Inkubationsdauer eine sehr lange, auch wären die ersten Anfänge des Prozesses nicht diagnostizierbar. Für die Ansteckungsfähigkeit sprechen die Fälle der Verbreitung in der Familie der Kranken. Eine Erkrankung mag allerdings auch durch andere vorläufig noch unbekannte Umstände ermöglicht werden.

Petersen hält die Infektionsfähigkeit des Prozesses für erwiesen (Infektionsgranulom und Hansensche Stäbchen) auf Grund der klinischen Eigentümlichkeiten der Krankheit und der stets wachsenden Zahl der Kranken nach den Untersuchungen von Wahl und Dehio. Die Diagnose hält P. in der Mehrzahl der Fälle für leicht. Die Heredität soll nach den Untersuchungen der indischen Kommission gar keine Rolle in der Frage der Verbreitung der Lepra spielen, da die Zeugungstähigkeit um 40—50% im Vergleich zu gesunden herabgesetzt ist. Endlich entwickelt sich die Krankheit bei gewissen Nahrungsverhältnissen der Bevölkerung und in verschiedenen Gegenden.

Stukowenkow kann sich der Meinung seines Vorredners nicht anschlieſsen. Fehlerhafte Diagnosen sind sogar Leuten vorgekommen, die sich speziell mit dieser Frage beschäftigten, z. B. Pospelow in Moskau. Die Hansenschen Stäbchen lassen sich noch nicht als Krankheitserreger betrachten, da sie bei der anästhetischen Form fast ganz fehlen, und weder Kultur- noch Impfversuche mit ihnen gelangen. Die Infektionsfähigkeit muſs erst durch bakteriologische und Impfversuche festgestellt werden. Ein vorschnelles Entscheiden auf Grund vager Vermutungen könne nur ein Hemmnis in der Lösung dieser Frage sein. Klimatische Verhältnisse hätten auſserdem zweifellos einen Einfluſs.

Koppel hält die Hansenschen Stäbchen zwar für die wahrscheinlichen Krankheitserreger, kann aber nicht in Abrede stellen, dafs bei der makulösen und anästhetischen Form sie nicht gefunden werden.

Manassein fragte, warum Vortragender der Todesfälle keine Erwähnung thut.

Koppel: Todesfälle wären in grofser Anzahl vorgekommen.

Stavsky wies auf das Vorkommen der Lepra im Gebiete des Don hin, wobei auch er die Infektionsfähigkeit des Prozesses nicht konstatieren konnte.

3. Lindström: **Über die pathologische Anatomie der Sklerodermie.** Autor zeigte mikroskopische Präparate eines Hautstückchens vor, das er einer an Sklerodermie leidenden Frau von einer frischen Infiltrationsstelle entnommen hatte. Die Untersuchung ergab nichts neues.

4. Borowsky: **Statistik der Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten in der Armee des Kiewschen Militärbezirks von 1889—1893 inkl.** Ohne die betreffenden Zahlen anzuführen, sollen nur die Schlufsworte des Autors angeführt werden, dafs „die Soldaten hauptsächlich während ihrer Dienstzeit" sich infizieren. In die Heimat zurückkehrend, dienen sie solchergestalt als Infektionsträger für ihre Familie, ihre Dörfer.

Aus der Sektion für Chirurgie.

Sapeschko: **Therapie des Lupus.** Vortragender demonstrierte einige Kranke, bei denen er, des Lupus wegen, die affizierte Haut abtrug, aus der Haut der Stirn die Nase konstruierte und die Transplantation nach Thiersch vornahm. Diese Mafsnahme empfiehlt er als Regel und negiert strikte jede „Pinseltherapie", worunter er alle anderen Behandlungsmethoden des Lupus versteht.

Aus der Sektion für Kinderheilkunde.

Schmuckler: **Onanismus bei Kindern; seine Ursachen, Symptome, Folgen und Therapie.** Nachdem er auf die Häufigkeit der Masturbation bei Kindern hingewiesen (nach Berger masturbieren von 100 Jünglingen und Mädchen 99), ging er auf die Ursachen ein, als welche er aufgezählt: hereditär neuropathische Anlagen, unzuverlässige Aufsicht, schlechte Erziehung, schlechtes Beispiel, die Mängel der Schulhygiene. Aufser dem moralischen und physischen spezifischen Habitus der Masturbanten weist Autor noch auf folgende objektive Symptome hin: Fehlen des Patellarreflexes nach Renzi, die schwache Reaktion der Kremaster, die Exulceration frischer Wundnarben nach Poulier, der matte Zustand der Glans penis. Neurasthenie, sexuelle Schwäche und perverses sexuelles Gefühl, als bekannte Folgen der Masturbation, sind genügende Ursachen, um den Kampf gegen diese Leiden aufnehmen zu lassen. Der Kampf ist durch Fortschaffen aller Ursachen zu führen: Hygiene in der Kindererziehung, Wahl der Lektüre, Aufmerksamkeit bei etwaigen Leiden des Geschlechtsapparates.

An der Diskussion beteiligten sich Kuleschow, Shukovsky u. a. und es wurde festgestellt: 1. Masturbation wird nicht selten bei Brustkindern konstatiert (? Ref.). 2. Die Hälfte der Masturbanten befindet sich im Jünglingsalter. 3. Die durch Masturbation hervorgerufenen Störungen des Nervensystems sind aufserordentlich verschieden. 4. Im Kampfe mit der Masturbation fällt eine grofse Rolle der Familie zu.

Thermin wies auf den Nutzen hin, den Corsets haben sollen, indem sie die Masturbation erschweren, resp. ganz verhindern sollen.

Aus der Sektion für Nerven- und Geisteskrankheiten.

Tschish-Dorpat: **Coitus reservatus als Ursache der Neurasthenie.** Vortragender hat in 17 Fällen den Coitus reservatus als einzige, in 36 als eine von den Ursachen der Neurasthenie konstatieren können. Der ersten Gruppe teilt er besondere Wichtigkeit zu, zu der 11 Männer und 6 Frauen im Alter von 30—70 Jahren gehören; sie alle gehören dem intelligenten, gebildeten Stande an, sind nicht hereditär oder erworben beanlagt und bieten überhaupt keine Ätiologie für die Neurasthenie dar, an der sie leiden. Als Grund zum Coitus reservatus diente der Wunsch, keine Kinder zu haben, teilweise wegen ökonomischer Umstände, teilweise um die Gesundheit der Frauen zu schonen. In allen Fällen wurde ein derartiger Coitus länger als zwei Jahre hindurch ausgeführt, in 2 Fällen mehr als 10, in einem mehr als 20 Jahre. In einem Falle, in dem der Coitus solcherart mehr als 10 Jahre ausgeübt wurde, trat „unversehens" Schwangerschaft ein und fühlte sich die Frau während der ganzen Schwangerschaft und die Zeit des Nährens hindurch sehr gut, später trat wieder der alte Zustand auf. Alle Kranken litten an der Neurasthenie II. Grades, in deren Krankheitsbilde zwei Symptome besonders hervortreten: das Angstgefühl und Herabsetzung des Interesses am Leben, Apathie.

Die Behandlung bestand im Rat, wenigstens sich zwei Monate lang von Geschlechtsbeziehungen zu enthalten, mit diätetischen Maßnahmen den sexuellen Trieb herabzudrücken und dann zweimal monatlich mit Hülfe des Condoms den Coitus auszuführen. Die Befolgung dieses Rates führte zur Hebung des Selbstbefindens, das, sobald der Patient sich der alten Gewohnheit wieder hingab, wieder schwand, um den alten neurasthenischen Symptomen Platz zu machen.

Zum Vergleich führte Vortragender auch die 36 Fälle der zweiten Gruppe an (27 Männer und 9 Weiber), bei denen die Neurasthenie sich auf Grund auch anderer ätiologischer Momente entwickelt hatte. Zum Unterschied von den Kranken der ersten Gruppe, die nie an Geschlechtskrankheiten gelitten hatten, hatten 6 Frauen von 9 daran gelitten und bei den Männern waltete bei der Mehrzahl sexuelle Schwäche ob, 19 hatten Blennorrhoe und Lues durchgemacht. Doch auch diese klagten über unbegreifliches Angstgefühl, so daß T. geneigt ist, das als ein pathognomisches Zeichen für Neurasthenie, hervorgerufen durch Coitus reservatus, zu halten. Unterbrechung der irregulären sexuellen Beziehungen rief auch hier Besserung des Zustandes hervor, während eine Menge früher angewandter Heilmittel resultatlos geblieben waren.

Wie der Coitus reservatus auf das Nervensystem wirkt, ist noch unbekannt und schwer zu bestimmen. Vielleicht ist die Dauer und Häufigkeit der geschlechtlichen Beziehungen, vielleicht die Spannung, die beim Manne nötig ist, von Wichtigkeit. Doch spricht gegen ersteres die Verschiedenheit der neurasthenischen Erscheinungen nach sexuellen Excessen und nach dem Coitus reservatus, gegen das zweite das Auftreten des Leidens bei Frauen. Jedenfalls ist der Coitus reservatus ein schädliches Moment für die Gesundheit.

An der Diskussion beteiligten sich unter anderen Korsakow, Greidenberg, Sikorsky, Bechterew u. a. Im allgemeinen wurde dahin gesprochen, daß einerseits die Frage über den Coitus reservatus und seine Wirkung auf das Nervensystem zu wenig ausgearbeitet seien, andererseits das Symptom der Angst allen Formen der Neurasthenie soweit zukomme, daß man in ihm kein pathognomisches Zeichen für eine bestimmte Form dieses Leidens sehen könne. Korsakow sprach sich dahin aus, daß der Coitus mittelst Condom event. noch schlimmer sei als der Coitus reservatus.

Bechterew stellte nicht in Abrede, daß der Coitus reservatus zweifellos, wie jede andere Anormalität im Geschlechtsleben eine ungünstige Wirkung auf das

Nervensystem ausüben müsse, wobei auf den Mann die Wirkung schädlicher sei, als auf das Weib, weil ersterer eine aktivere Rolle im Coitus spielt als das Weib — ob und inwiefern aber der Coitus reservatus eine Ätiologie für eine besondere Form der Neurasthenie abgebe — bleibt vorläufig unentschieden und bedarf noch eingehender Beobachtung in der Zukunft. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 37. Heft 1 und 2. 1896.

I. **Über die Mannigfaltigkeit der Wachstumsformen („kultureller" Pleomorphismus) der pathogenen Schimmelpilze, insbesondere des Pilzes des Eccema marginatum**, von Ludwig Waelsch-Prag. Nach Pick ist das Eccema marginatum Hebrae eine parasitäre Hautaffektion, welche die Symptome eines Herpes tonsurans vesiculosus mit jenen eines Eccema intertrigo kombiniert darbietet. Im Jahre 1889 gelang es Král, den Pilz des Eccema marginatum rein darzustellen. Er züchtete aus drei Fällen drei verschiedene Pilze, von denen zwei grofse Ähnlichkeit miteinander aufwiesen.

Die Untersuchungen des Verfassers erstreckten sich auf zwei Fälle von typischem Eccema-marginatum an der linken Oberschenkelinnenfläche im Bereiche jener Hautpartie, welche zumeist mit dem Scrotum im Kontakt ist. In beiden Fällen gelang es nach der Methode von Král durch Verreibung der Schuppen mit steriler Kieselgur schliefslich einen Pilz in Reinkultur darzustellen, welcher mit dem dritten der von Král gezüchteten Pilze vollständig übereinstimmte. Derselbe wurde nun auf verschiedene Nährböden übertragen und zwar auf Bouillon, Traubenzuckerbouillon, Milch, Gelatine, schräg erstarrtes menschliches und tierisches Blutserum, 2% Pepton-Glycerin- und Zucker-Agar, Blutserumagar, Kartoffeln, gelbe Rüben, Reis- und Reis-Weizenmehlscheiben (nach Král), Dotter und Eiweifs. Die Kulturen wurden mit Ausnahme der auf Gelatine, welche bei Zimmertemperatur gehalten wurden, im Brutofen bei einer Temperatur von 37°—37.5° gezüchtet und zeigten hier sehr rasches Wachstum und charakteristisches Aussehen.

Im folgenden schildert der Verfasser sehr ausführlich das Bild der Kulturen auf den verschiedenen Nährböden. Dasselbe entsprach jedoch nur den ersten Generationen des Eccema marginatum-Pilzes. Bei weiteren Überimpfungen von den verschiedensten Nährböden und auf dieselben entwickelten sich vermöge der grofsen Variabilität der Wachstumsform dieses Pilzes ganz differente Kulturbilder.

Die Frage, ob dieser gefundene Pilz n u r dem Eccema marginatum als Krankheitserreger spezifisch ist oder aber eine Varietät des Trichophyton darstellt, welches unter gewissen Umständen Modifikationen seiner Wachstumsform erfahren hat, beantwortet Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen an einem sehr ausgedehnten Falle von Herpes tonsurans vesiculosus circinatus dahin: „Ebenso wie das Eccema marginatum nach Pick ein Herpes tonsurans vesiculosus ist, modificiert durch die Erscheinungen eines gleichzeitigen Eccema intertrigo, so wird auch vermutlich der die

Krankheit erregende Trichophytonpilz bei seinem Wachstum auf derart veränderter Haut modificiert, so dafs er ein von dem gewöhnlichen verschiedenes Wachstum zeigt."

Worauf aber die Variabilität der Variation der Wachstumsform der Pilze beruht, vermochte Verfasser ebenso wenig, wie KRÁL, MARIANELLI, KRÖSING, SABOURAUD und andere Autoren nachzuweisen. Nicht unwahrscheinlich ist, dafs die individuell verschiedene Durchfeuchtung und Einfettung der Haut, die ihrerseits wieder bedingt ist durch die verschieden starke Schweifs- und Talgsekretion, und noch andere Umstände als Ursachen in Betracht kommen. Verfasser konnte sich bei seinen Reinzüchtungen überzeugen, dafs insbesondere wasserarme Nährböden geeignet waren, die charakteristische Wachstumsform der Pilze zu verändern. Auch hier können wieder Verschiedenheiten auftreten, je nachdem der Pilz einen höheren oder geringeren, ihm ursprünglich eigentümlichen Grad von Wachstumbeständigkeit zeigt.

Eben dieser Wachstumsbeständigkeit ist es zuzuschreiben, wenn man im stande ist, aus klinisch gleichartigen, aber auch klinisch differenten Prozessen dieselbe Pilzvarietät zu züchten. Bei Erörterung der Frage, ob man berechtigt sei, auf Grund der künstlichen Züchtung der Pilze auf den verschiedenen Nährböden verschiedene Arten von Trichophytonpilzen aufzustellen, macht Verfasser zunächst darauf aufmerksam, dafs SABOURAUD und auch KRÖSING die Begriffe „Art" und „Varietät" nicht streng auseinanderhalten. Um von verschiedenen Arten sprechen zu können, müsse man Konstanz des Vorkommens derselben Art bei klinisch gleichen Prozessen fordern, ferner müsse unter sonst gleichen Bedingungen aus den gleichartigen Krankheitsprodukten derselbe, in seinem Wachstum stets konstante Pilz gezüchtet und mit diesem Pilz stets dieselbe Krankheitsform und nicht auch etwa eine durch andere Pilzarten hervorgerufene erzeugt werden können. Diese Bedingungen träfen bei SABOURAUDS und KRÖSINGS Pilzformen nicht zu, weshalb diese Autoren auch nicht berechtigt wären, von verschiedenen Pilzarten zu reden. Sollen diese aber nur „Varietäten" sein, so sei die von ihnen beobachtete Zahl viel zu gering, da man, wie KRÁL und der Verfasser sich überzeugt hätten, bei der künstlichen Züchtung durch Veränderung der saprophytischen Lebensbedingungen so viel Varietäten von Trichophytonpilzen erzielen könne, als man gerade wolle. Auch die Hauptbedingung für die Züchtung konstanter Wachstumsformen, nämlich die Verwendung chemisch konstanter Nährböden, sei von den erwähnten Autoren nicht erfüllt worden. Die Kartoffeln die KRÖSING empfohlen habe, seien wegen ihres wechselnden Wassergehaltes und wegen ihrer variablen Menge an Trockensubstanz als ein solch chemisch konstanter Nährboden nicht zu bezeichnen. SABOURAUD habe überdies bei seinen Untersuchungen nicht völlig einwandsfreie Kulturen verwendet, da dieselben nicht aus einer Spore ausgewachsen seien. Endlich sei seine Einteilung der Trichophytonpilze in solche mit grofsen und kleinen Sporen unberechtigt, da man oft an verschiedenen Haaren derselben Trichophytosis-Erkrankung verschieden grofse Sporen finden könne und die Gröfse derselben nach dem Alter der Kulturen und nach dem Nährboden, auf dem sie gezüchtet würden, wechsle, ja sogar innerhalb desselben Rasens grofsen Schwankungen unterworfen sei.

Die Ergebnisse der SABOURAUDschen Untersuchungen seien aus allen diesen Gründen fragwürdige und mit aller Reserve aufzunehmen. Aus denselben Gründen sei man zur Zeit nicht in der Lage, die Multiplicität des Trichophyton anzuerkennen.

II. **Beitrag zur Lehre vom akuten erythematösen Lupus**, von FRANZ KOCH. Der Verfasser beschreibt zunächst einen jener selten beobachteten, von KAPOSI zuerst beschriebenen Fälle von perniciösem, exanthematischem Lupus erythematosus.

Die 18jährige Frau giebt an, seit 14 Tagen an Obstipation, abendlichen Schüttelfrösten, Kopfschmerz, allgemeinem Übelbefinden und an einem Ausschlage im Gesicht und an beiden Handrücken zu leiden.

Bei der Inspektion fand sich im Gesicht „eine vom Nasenrücken aus sich flügelförmig und in völlig symmetrischer Weise über den gröfsten Teil der Wangen erstreckende, ziemlich derb infiltrierte, flach scheibenförmige, violettrote und mit scharfen Rändern gegen die umgebende gesunde Haut sich absetzende Hautstelle von ausgesprochener Schmetterlingsform, welche spontan, besonders aber auf Berührung, ziemlich schmerzhaft war. Ferner zeigten sich auf beiden Handrücken zahlreiche linsen- bis zehnpfennigstückgrofse, teils rein erythematöse, gröfstenteils aber derb infiltrierte dunkelblaurote bis blaue, vielfach mit fest anhaftenden Schuppen bedeckte, an einzelnen Stellen, so an den dorsalen Flächen der ersten Phalangen fast sämtlicher Finger, zu gröfseren Plaques konfluierte und hier mit Krusten versehene Efflorescenzen, welche an Zahl und Gröfse sowohl nach den Fingerspitzen, wie im unteren Drittel der Unterarme allmählich abnahmen. Zwischen diesen derben Efflorescenzen war eine diffuse dunkle Rötung ausgebreitet, mit welcher eine beträchtliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit beider Hände einhergingen".

Die Diagnose wurde vom Verfasser auf akuten, disseminierten Lupus erythematosus gestellt. Da die Kranke fieberte und die Prognose sehr ernst war, liefs Verfasser die Patientin ins Moabiter Krankenhaus aufnehmen. Im weiteren Verlaufe kam es zur Entwickelung teils rein erythematöser, teils derb infiltrierter, schmerzhafter dunkelbraunroter bis blauroter Efflorescenzen resp. Knötchen an beiden Fufsrücken, ferner zur Entstehung gelbbrauner, leicht schuppender, erythematöser Stellen auf der linken Mamma und zu einem Schub dunkelroter erythematöser, teilweise annulärer Efflorescenzen auf beiden Handrücken, die an Erythema multiforme lebhaft erinnerten. Auch im harten Gaumen, im Rachen und im Larynx zeigten sich zahlreiche linsen- bis fünfpfennigstückgrofse Efflorescenzen. Nach einigen fieberfreien Tagen der Patientin trat eine erhebliche Verschlimmerung des Zustandes ein. Das Gesicht war gedunsen und entstellt und zeigte durch periphere Ausdehnung und Konfluenz der Plaques das für die akuten Formen des Lupus erythematosus charakteristische, von Kaposi mit „Erysipelas perstans faciei" bezeichnete Aussehen. Die Schleimhäute waren serös durchtränkt, geschwollen und beim Schlucken schmerzhaft. Die Patientin fieberte stark. Später kam es an den affizierten Stellen zur Blasen- und Geschwürsbildung. Nach 25tägigem Aufenthalt im Krankenhause und 6 Wochen seit Beginn der Krankheit starb die Patientin in komatösem Zustande.

Die Sektion ergab nirgends eine Spur von Tuberkulose. Die Diagnose lautete Dermatitis papulo-ulcerosa mit zahlreichen Geschwüren im Pharynx, Larynx, Trachea und der Vagina, Bronchopneumonie, Milzschwellung, Verfettung der Nieren, der Leber, des Herzens etc.

Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung excidierter Hautstückchen gelangt der Verfasser zu dem Schlusse, „dafs es sich bei der in Rede stehenden Erkrankung um einen, wahrscheinlich durch die Gefäfse vermittelten, entzündlichen Prozefs handle, der zu teils diffuser, teils herdweiser Infiltration und zu starker ödematöser Durchtränkung der Gewebe führt und mit Schwund des Epithels und Papillarkörpers und narbiger Atrophie der Cutis endigt".

Unter sehr eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur bespricht der Verfasser die Differentialdiagnose der Krankheit.

III. **Untersuchungen über das Mikrosporon furfur**, von Th. Spietschka. Nach einem kurzen Überblick über die sehr spärliche diesbezügliche Litteratur

beschreibt der Verfasser ausführlich den Gang seiner Untersuchungen, deren Hauptergebnis ist, dafs es S. gelang, aus den Schuppen der Mykosis versicolor einen Pilz zu züchten. Über diesen berichtet der Verfasser folgendes:

1. „Aus 12 verschiedenen Fällen von Pityriasis versicolor, welche zu Kulturversuchen verwendet wurden, wurde ein und derselbe Fadenpilz erhalten.

2. Dieser Pilz differenziert sich durch seine kulturellen Eigenschaften sehr wohl von den anderen pathogenen Fadenpilzen und nicht pathogenen Schimmelpilzen.

3. Bei äufserst zahlreichen Kulturversuchen, welche mit Hautschuppen von den verschiedensten Erkrankungen als Herpes tonsurans, Eccema marginatum, Favus, Pityriasis rosea, Psoriasis und anderen vorgenommen wurden, wurde dieser Pilz niemals gefunden.

4. Es gelingt durch Überimpfung von Reinkulturen dieses Pilzes auf den Menschen, eine Erkrankung der Haut zu erzeugen, welche in der Bildung brauner Flecken ohne Entzündungserscheinungen besteht und mit lebhafter Abschuppung einhergeht.

5. In diesen künstlich erzeugten Schuppen läfst sich das Mikrosporon furfur in seiner typischen Anordnung nachweisen und aus denselben Schuppen wieder der Pilz mit den oben beschriebenen Eigenschaften züchten.

6. Demnach ist der vom Verfasser reingezüchtete Pilz als Erreger der Pityriasis versicolor zu betrachten."

IV. **Klinische Studien über Nierenaffektionen bei Syphilis**, von E. Welander. Seitdem E. Wagner im Jahre 1880 seine Arbeit über Nierensyphilis veröffentlicht hat, sind zahlreiche Beschreibungen einzelner Fälle von Nierensyphilis und Zusammenstellungen solcher Fälle erschienen. Nach diesen Beschreibungen kann Albuminurie in allen Stadien der Syphilis auftreten, die Nierensyphilis alle die bekannten Formen von Nierenleiden annehmen; aufserdem können rein spezifische, syphilitische Veränderungen (Gummata) in den Nieren entstehen. Diese Publikationen lassen jedoch namentlich in den kasuistischen Beiträgen mehr oder weniger den strikten Beweis vermissen, dafs es sich in ihren Fällen wirklich um eine durch Syphilis und nicht um eine durch eine andere Ursache hervorgerufene Nierenaffektion handelte. Verfasser zeigt in sehr klarer und instruktiver Weise, welche Fehlerquellen bei der Diagnose unterlaufen können; wie schon die Feststellung, ob eine Albuminurie von den Nieren oder von der Blase, der Urethra herrührt, Schwierigkeiten bereiten könne. Auch die Frage, wann man eine Albuminurie für pathologisch anzusehen habe, sei zweifelhaft, je nachdem man sich einer mehr oder weniger empfindlichen Methode der Eiweifsreaktion bediene. Die viel empfindlichere Trichloressigsäure beispielsweise könne weit geringere Spuren von Eiweifs im Urin nachweisen, als die Salpetersäure. In der Regel kann man nach dem Vorschlage des Verfassers annehmen, dafs, wenn die Salpetersäure in 2—3 Minuten keine deutliche Reaktion giebt, keine nennenswerte pathologische Veränderung in den Nieren vorliegt. Verfasser hat bei seinen Untersuchungen die Salpetersäure, und nur dann, wenn der Harn auf Cylinder untersucht wurde, auch Trichloressigsäure angewandt. Er hält es, was viele Autoren aufser Acht gelassen, für die Diagnose einer Albuminuria syphilitica für aufserordentlich wichtig zu wissen, wie lange der Patient Syphilis, wie lange er sein Nierenleiden gehabt habe, und ob das letztere aufgetreten, nachdem die Syphilis erworben worden sei.

Verfasser war bemüht, bei seinen Untersuchungen, die er teils am Krankenmaterial des St. Göran-Hospitals, teils an Patienten aus seiner Privatpraxis angestellt hat, alle Fehlerquellen thunlichst zu vermeiden. Er giebt zunächst eine Übersicht über die Anzahl der untersuchten Fälle, ferner über diejenigen, bei denen Albuminurie

gefunden wurde, jedoch Syphilis als Ursache mit der gröfsten Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden konnte, und will nachher die übrigen Fälle übersichtlich zusammenstellen, bei denen sehr wahrscheinlich ein wirklich syphilitisches Nierenleiden vorgelegen hat.

V. **Über Pityriasis rosea (GIBERT)**, von GUSTAV TANDLER-Prag. Im Laufe der letzten neun Monate sind auf Prof. PICKS Klinik 14 Fälle von Pityriasis rosea beobachtet worden, von denen zehn Männer, vier Weiber, durchweg gesunde Personen im Alter von 9—49 Jahren, betrafen. In diesen wie in früheren Fällen wurde die Wahrnehmung gemacht, dafs Frühjahr und Herbst das Auftreten der Pityriasis rosea begünstigten.

Das klinische Bild, das die Patienten bei ihrer Aufnahme darboten, beschreibt Verfasser kurz wie folgt: Am Stamme, seltener an den Extremitäten finden sich, je nach der Dauer der Erkrankung, mehr oder weniger zahlreiche, in verschiedenen Stadien der Entwickelung befindliche, rosarote, scharf umschriebene, oberflächliche Infiltrate von verschiedener Gröfse, Form und Anordnung.

Die Anamnese ergab gewöhnlich, dafs der Ausschlag vor wenigen Tagen, ohne besondere subjektive Beschwerden, abgesehen von geringem Jucken, zu verursachen, aufgetreten sei. Nur sehr wenige Patienten vermochten darüber Angabe zu machen, dafs ein bestimmter, an Gröfse alle übrigen übertreffender Fleck, die sog. Plaque primitive (BROCQ), das erste Zeichen des Ausschlages gewesen sei.

Das Allgemeinbefinden war weder vorher, noch während der Krankheit gestört. Der Verfasser beschreibt den Verlauf der Affektion, bespricht unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Diagnose, Prognose, Therapie und Pathogenese der Krankheit. Auf Grund der histologischen wie bakteriologischen Unter, suchung spricht der Verfasser die Ansicht aus, dafs die Pityriasis rosea keine Pilzaffektion sei, da die vorgefundenen Pilze einmal nicht konstant in jedem Falle an zutreffen und für die Entstehung der Krankheit vollständig bedeutungslos waren. Ferner ergab sich aus den Untersuchungen des Verfassers, dafs die Pityriasis rosea auch durch das Trichophyton tonsurans nicht hervorgerufen werde, mithin beide Krankheiten nicht identische Prozesse darstellen können. — Wohl existiere ein der Pityriasis rosea in vieler Beziehung ähnlicher Herpes tonsurans maculosus (Hebrae) der durch das Trichophyton erzeugt werde. Dieses könne auch in den Efflorescenzen eicht nachgewiesen werden.

VI. **Über das erste und zweite Stadium der Alibertschen Dermatose Mykosis fungoides)**, von LUKASIEWICZ-Innsbruck. Der Verfasser hat Gelegenheit gehabt, in Innsbruck einen typischen Fall von Alibertscher Krankheit in ihren ersten Stadien zu beobachten. In der vorliegenden Arbeit wird die Krankengeschichte und der klinische Verlauf des Falles mitgeteilt und die Diagnose auf Grund des Sektionsbefundes sichergestellt. In einem weiteren Abschnitte berichtet der Verfasser über die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung, über das Verhalten der Haut in den frühen Stadien der Erkrankung und über die Eigenart des bei der Alibertschen Dermatose sich in der Haut abspielenden Prozesses.

Die Krankheit bei dem 46 Jahre alten Patienten war im Beginn charakterisiert durch ekzemartige, rote, schuppende und nässende, infiltrierte, stark juckende, an Eccema rubrum madidans erinnernde Plaques, welche schon bei ihrer Entwickelung eine teigig-derbe, sie hinreichend von einem gewöhnlichen Ekzem unterscheidende Konsistenz darboten. Sie widerstanden auch hartnäckig denjenigen Mitteln, welche für gewöhnlich Ekzem zur Rückbildung bringen; dagegen involvierten sie sich spontan mit Hinterlassung von atrophischen, peripher pigmentierten Stellen. Die Plaques

saſsen vorwiegend im Gesicht, am Stamme und an den Extremitäten. Aufserdem bemerkte man vorspringende, buckelartige Knötchen und zahlreiche Kratzeffekte.

Die Krankheit begann vor drei Jahren. Die Untersuchung der inneren Organe ergab eine Dämpfung mit tympanitischem Beiklang, abgeschwächtes Atmen und feuchte Rasselgeräusche über der rechten Lungenspitze. Der Patient sah blafs aus und klagte über grofse Mattigkeit, die er auf Nachtschweifse zurückführte.

Im weiteren Verlaufe bildeten sich alte Plaques zurück. Dies geschah besonders, als der Patient in den letzten Lebensmonaten zeitweilig an remittierendem Fieber litt. Es traten jedoch immer wieder neue Schübe auf.

Die Behandlung bestand in einer möglichst roborierenden Diät, in der vorsichtigen Darreichung von Arsenik- und Eisenpräparaten (Roncegnowasser, Asiatische Pillen, Ferr. oxalic.) und in lokalen, erweichenden, deckenden und dabei schonenden Salbenverbänden (Bor-, Diachylonsalbe, Zinkpasta).

Unter fortschreitender Kachexie, profusen Diarrhoen, allgemeiner Abmagerung trat der Exitus letalis ein.

Die Sektion ergab als Diagnose: Kachexie infolge allgemein verbreiteter Mykosis fungoides, Tuberkulosis der rechten Lungenspitze mit Phthisis, subakute tuberkulöse Infiltrate im rechten Oberlappen, beginnende Tuberkulose des Ileum, chronische Lymphadenitis am Halse und in beiden Leistengegenden mit Hyperplasie und Anämie.

Verfasser möchte die tuberkulöse Erkrankung der Lungen dafür verantwortlich machen, dafs in dem vorliegenden Falle das sog. Geschwulststadium der Alibertschen Dermatose nicht zur Entwickelung kam. Während diese letztere sich sehr wahrscheinlich in dem bereits tuberkulösen Individuum entwickelte, wird man die grofsen, derben Lymphdrüsen, welche der Patient an der seitlichen und hinteren Halsgegend und in der Fossa supraclavicularis aufwies, nach der Ansicht des Verfassers durch die lange Zeit bestehende Hautaffektion erklären, in deren Bereich es zu regionärer Lymphadenitis mit Hyperplasie kommen mufste. Für die Deutung der Lymphdrüsenschwellung im Sinne derjenigen Autoren, welche bei Alibertscher Dermatose pseudoleukämische Befunde notierten, liege keinerlei Nötigung vor.

Die histologische Untersuchung von in vivo excidierten ekzemartig veränderten Hautstückchen, weiter vorgeschrittenen derben Infiltraten vom Halse, Stamme und von den Extremitäten, sowie von Lymphdrüsen der Hals und Leistengegend ergaben Befunde, die vom Verfasser sehr ausführlich beschrieben werden. Es handelt sich an erster Stelle um eine Hyperplasie des Epithels, vor allem um eine Proliferation der Bindegewebszellen im Papillarkörper und Stratum subpapillare. Infolge dieser Proliferation des Bindegewebes entwickelt sich ein substituierendes, junges, locker gefügtes, zahlreiches Gewebe, welches im zweiten Stadium noch massiger auftritt und seine Ausläufer tiefer, ja sogar bis in die Subcutis abgiebt. Trotz alledem bleibt die Struktur der Lederhaut erhalten, indem ihre Elemente blofs auseinandergedrängt werden. Die gewucherten Bindegewebszellen bilden in sämtlichen Präparaten das Gros der Zellelemente. Sehr zahlreich sind die Mastzellen vertreten, während Verfasser die von Philippson im Frühstadium der Alibertschen Dermatose vorgefundenen Riesenzellen nicht beobachtet hat. Die beschriebenen Veränderungen finden sich in der Umgebung der Blutgefäfse, deshalb besonders stark um die gefäfsreichen Haarbälge und Drüsen. — Die Leukocytose war im ganzen gering.

Klinisch zeigen die frühen Stadien der Alibertschen Dermatose eine gewisse Ähnlichkeit mit Pemphigus vegetans und langwierigem Eccema chronicum madidans. Anatomisch erinnern die Befunde am meisten an eine produktive Entzündung resp. an eine entzündliche Gewebsbildung, bei welcher die Erscheinungen einer exsudativen

Entzündung, wie Emigration und Anhäufung von Leukocyten in den Hintergrund traten gegenüber den progressiven Veränderungen an den fixen Gewebselementen.

Was die Ursache dieser primären, von fixen Zellen ausgehenden, entzündlichen Neubildung ist, vermochte auch der Verfasser nicht zu eruieren. Ebensowenig wie irgend ein anderer Autor bisher konnte er pathogene Mikroorganismen nachweisen

VII. **Beiträge zur Kenntnis des Epithelioma contagiosum**, von Cornel Beck-Wien. Der Verfasser hat bei seinen Untersuchungen hauptsächlich den Zweck verfolgt, festzustellen, wie sich das Hautpigment gegenüber den sich entwickelnden und den schon ausgebildeten Elementen des Epithelioma contagiosum verhält, ob von den pathologisch proliferierenden Epithelzellen des Epithelioma contagiosum auch Pigment aufgenommen wird wie von den normalen Epithelien, oder ob dieser Prozefs irgend welche Veränderungen erleidet. — Als Material für diese Untersuchungen dienten vor zwei Jahren im Laboratorium des Herrn Dr. Ehrmann excidierte Mollusca contagiosa von zwei verschiedenen Individuen. Die Stücke wurden behufs Fixierung und Härtung in eine konzentrierte, wässerige Pikrinsäurelösung gebracht, nach 24 Stunden in Wasser oberflächlich ausgewaschen und behufs weiterer Härtung in 95%igen Alkohol übertragen. Derselbe wird während 2—3 Tage 2—3 mal gewechselt. Sodann geschieht Einbettung in Paraffin, Färbung mit alkalischem Methylenblau und Nachbehandlung mit verdünnter Säure. Bei so behandelten Präparaten ist die Hornschicht sehr oft rot-violett gefärbt, die Molluscumkörperchen glänzend dunkelgrün mit einer unregelmäfsig zerstreuten Körnung unmittelbar unter der Zellmembran; die Keratohyalinschollen sind ebenfalls rot-violett mit einem Stich ins Braune. Als wesentlichsten Befund beschreibt der Verfasser in den Epithelzellen, unterhalb der ausgebildeten Molluscumkörperchen homogene, helle, sehr schön rot-violett gefärbte Fleckchen, die nicht die geringste Spur einer Körnung zeigen. Diese Fleckchen bilden innerhalb der Epithelzellen das erste Zeichen einer beginnenden Zellveränderung, sind jedoch von dieser völlig unabhängig, indem sie sich nie in die feingekörnte Substanz umwandeln, welche sich zuerst in die feingekörnten, später homogen werdenden Segmente zerklüftet, sondern so lange unverändert bestehen, bis sie durch den Druck der sie umgebenden segmentierten Protoplasmamassen zuerst ihre ursprünglich kugelige Form verlieren und schliefslich kurz vor der vollständigen Entwickelung des Molluscumkörperchens zum gröfsten Teile oder gänzlich verschwinden. Einige Autoren haben diese Fleckchen für Vakuolen, andere für Körperchen angesehen. Bei der Frage, welcher Natur dieselben sind, gelangt der Verfasser in Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren dahin, anzunehmen, dafs sie keine Kunstprodukte darstellen sondern während des pathologischen Prozesses in vivo entstanden sind. Sie wurden an Alkoholpräparaten wahrscheinlich nur deshalb für künstlich entstandene Vakuolen gehalten, weil die Eigenschaft des Alkohols, Protoplasma zum Schrumpfen zu bringen, dies plausibel machte.

Was nun das Verhalten des Pigments, resp. der Ehrmannschen Melanoblasten zum Molluscum betrifft, so sieht man an mit Saffranin leicht gefärbten Schnitten von Molluscum, welches von einer dunkeln Hautpartie stammt, dafs die Epithelzellen des Molluscum selbst nirgends, nicht einmal in ihrer äufsersten Zellschichte, Pigmentkörnchen enthalten, während im umgrenzenden Bindegewebe, in einiger Entfernung von der äufsersten Epithelschicht, Melanoblasten in gleich grofser Zahl wie in der benachbarten Haut vorhanden sind. Die proliferierten und vergröfserten Epithelzellen besitzen also nicht mehr die Fähigkeit, die Pigmentkörnchen aus den vorhandenen Melanoblasten aufzunehmen. In den untersten Zellschichten der Epidermispartie, welche das Molluscumknötchen bedeckt, sieht man bei schwacher Vergröfserung, dafs an der Übergangsstelle von Molluscumknötchen in die normale Haut hier die

Epithelien der untersten Zellreihe des Rete Malpighii mit dunkeln Pigmentkörnchen beinahe ganz ausgefüllt sind, während dieselben Zellen der das Molluscum unmittelbar deckenden Haut ganz hell, pigmentfrei sind. Der Übergang von der normalen, stark pigmentierten Epidermispartie in die pigmentfreie ist ein allmählicher. Die Unfähigkeit der Zellen, das Pigment aufzunehmen, ist ein pathologischer Zustand und resultiert aus dem beim Molluscum contagiosum sich abspielenden Krankheitsprozesse.

VIII. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie.** Ein Rückblick auf das Jahr 1894, von R. Ledermann und Ratkowski-Berlin. In der bekannten Weise behandeln die Verfasser im vorliegenden Abschnitte die Cutis und Subcutis, die Dermatosen und Tumoren. Die Zusammenstellung ist aufserordentlich instruktiv. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band VII, Heft 7, 8 u. 9.

1. **Die intravesikale Operation der Blasengeschwülste,** von M. Nitze. Verf. schildert die mit seinen Instrumenten erzielten Erfolge und giebt im Anschlufs daran eine übersichtliche Schilderung des von ihm gebrauchten Instrumentariums, der verschiedenen Formen von Galvanokauteren und Schlingen, mit denen das Operationscystoskop ausgerüstet sein mufs, um allseitig befriedigend zu wirken. Endlich kommt er auf die Schilderung der Operationstechnik, die sehr ausführlich und sorgfältig ist; es werden verschiedene Zufälligkeiten, wie sie in Sitz des Tumors, Gröfse und Form der schnürenden Schlinge liegen, geschildert und Ratschläge zu deren Beseitigung mitgeteilt. Dann folgt die Schilderung von 31 Krankengeschichten unter Anführung des erzielten Heilerfolgs. Zum Schlufs giebt Verfasser eine ausführliche, alle Seiten der Sache beleuchtende Epikrise seines Operationsverfahrens, und darnach erscheint es nicht mehr zweifelhaft, dafs die Methode einen grofsen Fortschritt bedeutet. Sie ist zwar nur für gutartige Geschwülste anwendbar, aber sie ist in geschickter Hand gefahrlos, sicher im Erfolg und stört den Patienten wenig in seinen Lebensgewohnheiten.

2. **Untersuchungen über Infektion der Harnwege,** von Posner und A. Lewin. Aufser der Infektion der Blase von der Harnröhre aus (durch Instrumente) oder von oben, von der Niere, her (durch in den Urin auf dem Blutwege ausgeschiedene Infektionsträger) giebt es noch einen dritten Weg der Infektion, die direkte von den Nachbarorganen aus, vor allem vom Darme. Zur Prüfung dieses Modus wurde eine Verschliefsung der Analöffnung von Kaninchen vorgenommen, um so eine Stauung des Darminhalts mit ihren Folgezuständen zu erzielen. Es liefsen sich so Pyelitiden und Cystitiden, durch Selbstinfektion vom Darm aus enstanden, unter gewissen Umständen erzielen. Den Schlufs der Arbeit bilden bakteriologische Untersuchungen über 22 Cystitisfälle; es fanden sich dabei elfmal Bacterium coli, fünfmal Proteus vulgaris.

3. **Über die bakteriologischen Untersuchungen der Urethralfilamente bei der Urethritis chronica männlichen Geschlechtes,** von E. Tano. Verfasser rekapituliert die Ergebnisse seiner Untersuchungen folgendermafsen:

Die meisten Filamente enthalten mehrere Bakterienarten.

Unter den gefundenen Bakterien sind die Kokken in der Überzahl und unter diesen die semmelförmigen Diplokokken.

Unter den bakterienhaltigen Filamenten sind meistens die Mischformen vertreten.

Ein bestimmtes Verhältnis der in den Filamenten enthaltenen Bakterienarten zur Dauer des Ausflusses läfst sich nicht erkennen.

Sondierte und nicht sondierte Fälle ergeben keinen nennenswerten Unterschied.

In einigen Fällen blieb das Kulturverfahren negativ; diese sind wohl als in Heilung begriffen anzusehen.

Von pathogenen Bakterien fand sich nur Staphylococcus pyogenes aureus.

Die mikroskopische Untersuchung der Filamente allein bietet keine hinreichende Sicherheit bezüglich der inficierenden Eigenschaft des Sekrets.

4. **Zur Frage der Katheterisation**, von ALAPY. Verfasser verwirft zur Erreichung einer kompleten Sterilisation der Gummi- und Seidengummikatheter, die auch sterile Aufbewahrung ermöglicht, leicht und sicher zu bewerkstelligen ist, ohne das Instrument zu verderben und die Harnröhre zu reizen, von den angewandten Methoden die mechanische Reinigung, die antiseptischen Lösungen, die desinficierenden Dämpfe und Gase, die trockene Hitze. Gutes leistet der strömende Wasserdampf, doch müssen die Instrumente einzeln in Fliefspapier gewickelt und in einem mit Wattepfropf verschlossenem Glasrohr aufbewahrt werden. Dafs der Dampf direkt in das Lumen des Katheters hineingeleitet wird, erscheint ihm nicht notwendig. (Fortsetzung folgt.) *F. Hahn-Bremen.*

Besprechungen.

LOUIS A. DUHRING. **Cutaneous Medicine. A Systematic Treatise on the Diseases of the Skin.** Part. I. Philadelphia, Lippincott Co.

Ein ungewöhnliches Interesse mufs das neue Lehrbuch von DUHRING bei allen Fachgenossen erwecken. Es ist nicht allein die Aufmerksamkeit, welche jede Arbeit dieses ausgezeichneten, ebenso kritischen wie originalen Forschers in Anspruch nimmt. Es ist das Bewufstsein, dafs hier ein glänzender Schmetterling endlich seine Puppenhülle abstreift, den wir schon in einer früheren dunkleren Phase seines Daseins gekannt und geschätzt haben. Lange Zeit hat allerdings der Puppenzustand gedauert; Jahre ist es her, dafs das erste Lehrbuch der Hautkrankheiten von DUHRING erschien und den Namen des Autors in Amerika, England, Frankreich, Italien, Rufsland, ja selbst in Deutschland — wo allerdings keine Übersetzung desselben erschien — rasch zu einem der geachtetsten der Dermatologie erhob. Und in den Zwischenraum, in welchem keine zweite Auflage des alsbald vergriffenen Werkes erschien, fällt die ganze moderne, man darf wohl sagen, erstaunlich rasche Entwickelung der Dermatologie, fällt ihre Neubegründung und teilweise Umgestaltung durch die Fortschritte der Histologie, Bakteriologie und allgemeinen Pathologie, fällt der segensreiche internationale Austausch der Geister der bis dahin in völliger Isoliertheit befindlichen Schulen. Welch' eine reizvolle Aufgabe für einen noch auf der Höhe der Schaffenskraft stehenden Autor! Aber welch' eine schöne Aufgabe gerade für DUHRING. Ein jeder Leser seines *„Practical treatise"* erinnert sich mit Vergnügen der persönlichen Vorzüge jenes Lehrbuches, des klaren Stiles, der aus eminenter Belesenheit hervorgehenden Gründlichkeit ohne den Fehler der Weitschweifigkeit, der gerechten

Würdigung fremder Verdienste ohne Beeinträchtigung der eigenen Überzeugung; es war ein vornehmes, auf gründlicher allgemein-pathologischer Bildung ruhendes Werk, in sachlicher Beziehung von wohlthuender Objektivität, in formaler mit dem Stempel der Klassicität gezeichnet. Unter den hervorragenden älteren Dermatologen ist wahrlich keiner durch ein früheres ähnliches Werk so prädestiniert wie Duhring, um nach einem langen Zeitraum kräftiger Entwickelung unserer Wissenschaft von neuem das Facit derselben zu ziehen; am wenigsten können es Diejenigen, welche selbst mitten in der Sturm- und Drangperiode der Neuschöpfung stehend von einer Einzelarbeit zur anderen getrieben werden. Aber inmitten der Brandung, in welcher die Wellen der Dermatologie ringsumher mit den Strömungen ihrer Hülfswissenschaften zusammenschlagen, befindet sich ein vergleichweise ruhiges Fahrwasser, die klinische Beobachtung, das A und O einer jeden medizinischen Wissenschaft. Wer sein Fahrzeug innerhalb derselben viele Jahre zu halten wufste, ohne gleichzeitig das Verständnis und rege Interesse für das krause Treiben und Wogen draufsen zu verlieren, dem wird es auch gegeben sein, unbeirrt von Äufserlichkeiten und Modethorheiten der Wissenschaft, den bleibenden Fortschritten derselben vorsichtig zu folgen; so Duhring. Er hat, wie Jedem bekannt, seit Erscheinen seines ersten Buches lediglich auf rein klinischem Gebiet gearbeitet und dennoch auf diesem zur Neugestaltung unserer wissenschaftlichen Anschauungen Grundlegendes beigetragen. Die Zusammenfassung unserer heutigen Kenntnisse in den engen Rahmen eines Lehrbuches kann, was Inhalt und Form betrifft, in keine Hände mit gröfserem Vertrauen gelegt werden als in die Duhrings.

Der Autor selbst kündigt sein neues Werk an als eine Erweiterung seines *Lehrbuchs der Hautkrankheiten* zu einem *Lehrbuch der „cutanen Medisin“*. Darin liegt einerseits ein rühmliches Bestreben, die vielfachen Berührungspunkte der Hautpathologie mit der Pathologie der übrigen Systeme genauer zu verfolgen und zu klären, andererseits eine Anerkennung der bisherigen Leistungen der Dermatologie, insofern dieselben begonnen haben, in gesteigertem Mafse das Interesse aller übrigen Pathologen in Anspruch zu nehmen und damit jene Stufe der Achtung zu erklimmen, welche derselben gebührt und welche dieselbe so lange entbehren mufste. Wir hoffen, noch Gelegenheit zu haben, an einzelnen Stellen des Werkes auf derartige Beziehungen hinzuweisen. Vorerst liegt uns nur der erste Teil des Buches vor und wir müssen denselben allein besprechen, da ein längeres Warten auf die übrigen Bände die Anzeige ungebührlich verzögern würde.

Dieser erste Teil behandelt die Anatomie, Physiologie und die allgemeinen Teile der Symptomatologie, Ätiologie, Pathologie, Diagnose und Behandlung. Die Anatomie ist in — wenn wir vom *Ziemssenschen Handbuch* absehen — ungewöhnlicher Breite abgehandelt und zeichnet sich besonders durch einen Reichtum an guten Abbildungen aus, welche zum gröfsten Teile den Werken von Kölliker, Ranvier, Sappey, Piersol, C. Heitzmann entnommen sind. Durch diese reiche Auswahl von gut gelungenen Abbildungen ist es dem Autor möglich geworden, den Text des anatomischen Teiles bei aller Gründlichkeit verhältnismäfsig kurz (52 Druckseiten) zu gestalten. Man merkt überall das Bestreben, aus den vielen erwähnenswerten Details nur diejenigen auszuwählen, welche ein pathologisches oder praktisches Interesse besitzen. Für den deutschen Leser hat die Vorführung mancher englisch schreibenden Autoren Interesse, welche bei uns weniger bekannt sind, wie Piersol, Martyn, P. A Brown, Ch. Stuart, Andrew Stuart; wir verdanken denselben beachtenswerte Einzelheiten. Die Angaben sind fast alle durchaus zuverlässig und geben ein gutes Gesamtbild der Hauttextur. Nur sehr wenige Details sind uns aufgefallen, die bei einer neuen Auflage eine Revision verdienen. So (pag. 10) die Angabe, dafs das

elastische Gewebe der Papillen spärlich ist oder fehlt; dasselbe ist bekanntlich regelmäfsig vorhanden und stets eigentümlich, als subepitheliales Netz mit Randstrahlen, angeordnet. Die von HEYNOLD beschriebene Cuticula gehört nicht den Zellen der Schweifsdrüse (pag. 37), sondern denen des Ganges an; vielleicht wäre es auch gut gewesen, eine Abildung der Gangepithelien mit ihrer fettgeschwärzten Cuticula zu geben und die so leicht nachweisbaren Fetttropfen der Knäueldrüsenzellen im Text und Figur vorzuführen. Eine solche Abbildung trägt gewifs zur Klärung der Knäueldrüsenfunktion bei. Endlich sind die Körner der Mutterzellen der Wurzelscheide dem Keratohyalin und nicht dem Eleidin (pag. 41) gleichzustellen.

Der physiologische Teil ist, wie auch in anderen Lehrbüchern, erheblich kürzer als der anatomische; aber auch hier ist in übersichtlicher und gedrängter Weise das Wichtigste beisammen. Die neueren Arbeiten von GOLDSCHEIDER über den Temperatur- und Drucksinn, von HEUSS über die Reaktion des Schweifses und der Stachelschicht, von BUZZI und SANTI über das Eleidin, von KELLER über Resorption sind gebührend berücksichtigt; die Fettfunktion der Knäueldrüsen kommt völlig zu ihrem Recht.

In der allgemeinen Symptomatologie nimmt die Nervenverteilung einen breiten Raum ein. Die allgemeine Ätiologie ist für uns aus den oben berührten Gründen von besonderem Interesse; in diesem Kapitel sind unsere Kenntnisse seit dem Erscheinen von DUHRINGs erstem Lehrbuch erheblich gewachsen und soweit statistische Daten mitreden, ist auf diesem Felde gerade von Amerikanern viel und erfolgreich gearbeitet worden. Im Kapitel der Familienkrankheiten finden wir neben Xeroderma pigmentosum, Ichthyosis, Keratoma palmare et plantare, der hereditären Blasendisposition, dem Xanthom und den Talgcysten auffallenderweise auch die Trichorrhexis nodosa. Hier wäre gerade eine allgemeine Besprechung der Naevi erwünscht gewesen. Diese finden sich später in einem eigenen Kapitel über das Versehen (maternal impressions upon the foetus), aus welchem wir eine nicht kleine amerikanische Litteratur (BARKER, BUSEY, BALLANTYNE, HAMMOND, MONTGOMERY, DABRUY, MITCHELL, THOMSON) über diesen in Europa fast überwundenen Gegenstand kennen lernen. DUHRING schliefst sich diesen Autoren an, was uns zu denken giebt. Der Einfluſs von Nierenkrankheiten auf die Haut ist von BULKLEY, THIBIERGE und GAMBERINI studiert worden. Hier wie im Kapitel Gicht und Rheumatismus lernen wir DUHRING auch als Anhänger der alten Theorie kennen, nach welcher Niere und Haut nicht blos in Bezug auf Wasserabgabe, sondern auch in Bezug auf alle möglichen salzigen und organischen Exkrete in wechselseitiger Abhängigkeit stehen. Da wäre es nun sehr erwünscht und der gründlichen Art des Autors entsprechend gewesen, wenn hier eine Rückbeziehung stattgefunden hätte auf ein der Wichtigkeit der Sache entsprechend ausführliches Kapitel des physiologischen Teiles, in welchem das positive Material über Ausscheidung von den „effete products in gout", des oxalsauren Kalkes, der Harnsäure, der Urate durch die Hautdrüsen zusammengetragen wäre. Ausführliche Besprechung finden ferner die Einflüsse der Darmaffektionen, Uterinleiden, geschlechtlicher Vorgänge und Nervenleiden, mit besonderer Berücksichtigung des Shoks und der Hysterie. In allen diesen Kapiteln ist die betreffende Litteratur Amerikas und Europas in extenso angeführt und schon dadurch besitzen sie einen dauernden Wert nicht nur für die Anhänger dieser Theorien, sondern auch für deren Gegner. Gegenüber der Breite der Darstellung der inneren Ursachen sind die äufseren Ursachen (Beschäftigung, Kleidung, Irritamente, Unreinlichkeit, Kratzen, Traumatismus, Ansteckung) etwas kurz behandelt, insbesondere die letztere, indem die Lehre von den Bakterien nicht hier sondern in der allgemeinen Pathologie zur Sprache kommt.

Dieses ist bezeichnend für den Standpunkt des Verfassers. Wenn ich denselben kurz charakterisieren soll, so steht DUHRING auf dem berechtigten konservativen

Standpunkt, welcher die neue Lehre von der ätiologischen Bedeutung der Mikroorganismen für die grofse Mehrzahl aller Hautkrankheiten noch für nicht genügend begründet ansieht, aber da er auch die spezifischen Reize nicht entbehren kann, diese, wo es irgend angeht, in Anomalien des Blutes und der übrigen Organe sucht. Für ihn erzeugen oder bedingen Darmaffektionen und Anomalien des Darminhalts nicht nur Vasoneurosen der Haut sondern auch Ekzem und Acne, Uterusaffektionen nicht nur: Urticaria und Chloasma sondern auch Ekzem, Asthma: Ekzem und Psoriasis. Also bei den „Flechten" im engeren Sinne (Ekzem, Psoriasis, Lichen, Acne etc.) hat sich die parasitäre Betrachtung in der Ätiologie noch nicht eingebürgert, während, wie ich aus dem Kapitel der Mikroorganismen vorwegnehmen will, Duhring die ätiologische Bedeutung der Eitererreger, der Erysipelkokken, der Rotz-, Tuberkel-, Lepra-, Milzbrand- und Rhinosklerombacillen, ja sogar der Erreger der Impetigo contagiosa, des Ecthyma und der Sykosis völlig anerkannt. Eigentlich hätte um dieser Affektionen willen den Mikroorganismen doch ein gröfseres Kapitel bei Besprechung der Ätiologie gewidmet werden müssen. Auf der anderen Seite aber findet man wohl nirgends diejenigen Arbeiten, welche vom konservativen, klinisch-statistischen Standpunkt die ätiologischen Faktoren behandeln, so übersichtlich und kurz geordnet bei einander wie hier.

Es folgt das Kapitel über allgemeine Pathologie. Die Cirkulationsanomalien sind nach den neueren Anschauungen kurz und präcise dargestellt; die grofse Rolle des venösen Abflusses bei der Stauungshyperämie und dem Ödem kommt voll zur Geltung; der Referent hätte gewünscht, dafs auch die auf falschen Vorstellungen beruhenden alten Namen der „aktiven" und „passiven" Hyperämie definitiv fallen gelassen wären. Im Kapitel: Entzündung finden wir die verschiedenen Theorien kurz skizziert, wobei den Mikroorganismen eine bedeutende Rolle zugeschrieben wird; andererseits ist auf eine Arbeit von Walsh verwiesen, welcher die entzündungserregende Wirkung gewisser Exkrete der Haut studiert hat. Es folgen die Kapitel über Hämorrhagie, Hypertrophie, Atrophie und Neubildungen, an die sich das schon genannte und gröfste über Parasiten anschliefst. Als Gegner der Coccidienlehre werden für das Epithelioma contagiosum und Pagets Krebs: Sheridan Delépine, für Dariers Krankheit: d'Arcy Power und Neisser genannt. Ausführlich werden die neueren Arbeiten über Sprofspilze von Gilchrist und Busse berücksichtigt.

Im Kapitel über Diagnostik ist es interessant, aus Duhrings Ratschlägen zu ersehen, dafs der amerikanische Kollege im allgemeinen mehr Schwierigkeiten hat als der deutsche, den oder die Patientin zu einer Gesamtinspektion der Haut zu veranlassen. Unter den unerläfslichen Bedingungen einer genauen Diagnostik fehlt für den Referenten das Diaskop; seine oft durch nichts zu ersetzende, augenblickliche Hülfe wird weder bei der „Inspektion", noch bei der „Farbe", noch gelegentlich der Hülfsmittel, wie Mikroskop und Linse erwähnt. Im übrigen ist gerade dieses Kapitel sorgfältig ausgeführt.

Das gröfste Interesse dieses ersten Bandes besitzt entschieden das ausführliche Kapitel über allgemeine Therapie. Denn aus keinem geht der persönliche Standpunkt des Verfassers, besonders wenn derselbe nicht mehr zu den jungen Autoren gehört, so sicher hervor als aus dem therapeutischen. Auch hier ist der Gesamteindruck der einer vorsichtigen, kritisch wägenden Mittelstellung zwischen den extremen Richtungen lokaler und konstitutioneller, äufserer und innerer Behandlungstendenzen, ruhend auf einer umfassenden bibliographischen und praktischen Kenntnis der europäischen und amerikanischen Anschauungen. Dieser gewaltig angeschwollene Stoff ist mit dem praktischen Blick des Amerikaners, der das Gute und rasch zum Ziel führende überall herzunehmen versteht, durchgesiebt und in kompendiösester Form vorgeführt. Für

unsere deutschen Ideen steht Duhring dabei selbstverständlich noch etwas nach rechts von der Mitte; der grofse Einfluſs innerer Medikation und der Diät auf viele der gewöhnlichsten Dermatosen scheint ihm ebenso unbestreitbar wie die grofse Rolle, welche der Nervenberuhigung zuzuerteilen ist. Diese Resultate sind wohl sicher zum Teil in dem verschiedenen Material begründet; der Referent weiſs aus eigener Erfahrung den hervorragenden Grad von Nervosität an vielen amerikanischen Patienten zu würdigen. Von diesem Gesichtspunkt aus ist es in hohem Grade anzuerkennen, wie sehr Duhring die Technik der besonders in Deutschland eingebürgerten Lokalbehandlung sich zu eigen gemacht hat. Uns interessiert besonders sein gemäſsigter Standpunkt in Betreff der inneren Behandlung. Wo die letztere sicheren Erfolg hat, ist dieselbe die denkbar beste. In den meisten Fällen thut man am besten, die innere und äuſsere Behandlung zu verbinden. Gesetze über Bevorzugung der lokalen oder allgemeinen Methode giebt es nicht. Ob im betreffenden Falle die Diät durch Bevorzugung der Fleisch-, Mehlspeisen oder Gemüse zu regulieren ist, hängt mehr vom Patienten als von der Krankheit ab; doch im allgemeinen konsumieren die besser situierten Patienten zu viel Fleisch, weshalb hier meistens die Fleischdiät zu beschränken ist. Bei dieser im ganzen gemäſsigten Richtung, ist doch für Duhring eine sehr lange Warnungstafel in allen Fällen angezeigt, welche etwa folgendes absolut Verbotene enthält: Würste, Schaltiere, Pasteten, Kuchen, heiſses Brod, Käse, Salate, Gepökeltes, Gewürze, Säuren, saure Früchte, Nüsse, Süſsigkeiten, Thee, Kaffee, Tabak, Alkoholica. Im Sprechzimmer englischer Kollegen hat Referent allerdings noch längere Sündenregister der armen Hautkranken gedruckt vorgefunden.

Purgantien werden oft gegeben. Eine beliebte und wie es scheint in Amerika allgemein verbreitete Vorschrift ist z. B.: Magnes. sulfur. 4,5, Acid. sulfur. dil. 4, Ferr. sulfur. 0,5, Aq. Menthae 120 S. Ein Theelöffel in einem Wasserglase $^1/_2$ Stunde vor dem Essen. Der Referent hat vergeblich des Öfteren versucht, die Zunge seiner deutschen Patienten an diese Medikation zu gewöhnen. Die Indikationen für Arsenpräparate sind wie die aller einzelnen Medikamente sehr gut und genau. In der lokalen Behandlung kommt die Gruppe der reduzierenden Mittel neben der älteren vollkommen zu ihrem Recht. Schwefel, Chrysarobin, Pyrogallol, Resorcin, Ichthyol stehen auch in Duhrings Behandlung im Vordergrunde, ohne daſs die älteren, hauptsächlich metallischen Mittel zu kurz kämen. Der liq. Carbonis detergens ist vor längerer Zeit in den Vereinigten Staaten von Duhring unter dem Namen: Compound tincture of coal-tar eingeführt worden, deren Formel die folgende ist: Ein Teil Steinkohlenteer und 6 Teile Quillayatinktur (1 Quillaya auf 4 Alkohol von 95°) werden unter häufigem Schütteln 8 Tage oder länger digeriert und endlich filtriert. Den Teer verordnet Duhring gern als Kollodiumfirnis (2 : 30) und als Mischung mit Zinksalbe und Coldcream. Die oftmals reizende Wirkung des Lanolin. anhydricum wird — wohl mit Unrecht — auf dessen wasseranziehende Eigenschaft zurückgeführt. So viel Wasser dem Lanolin (unter der Bedingung der Beimischung von Glycerinfetten) inkorporiert werden kann, so zieht es doch selbstthätig gar kein Wasser an und ist auch allein mit demselben nicht mischbar; dagegen ist der reizende Einfluſs auf seine Impermeabilität für den normalen Wasserdunst zurückzuführen. Als Pastengrundlagen empfiehlt Duhring zunächst eine modifizierte Lassarsche Paste: Borsäure 2,5, Amylum, Zinkoxyd ā 8, Vaselin 30. Sodann: Lanolin 65, Paraffin 30, weiſses Wachs 5, Wasser 30. Weiter: Zinkoxyd und Petrolatum ā pp. aeq. Endlich: Zinkoxyd, Amylum ā 8, Coldcream 16. Als Puder wird auſser Magnesia carbonica hauptsächlich das in Deutschland wenig bekannte Zinkstearat empfohlen. Sehr ausführlich sind die Bäder und Thermen berücksichtigt. Unter den Vehikeln der Lokalbehandlung bevorzugt Duhring

entschieden diejenige der Wischwässer und wasserlöslichen Firnisse, z. B. eine dünne Traganthemulsion.

Mit einem kurzen Kapitel der allgemeinen Prognose schliefst der erste Band das für unsere Wissenschaft durch die hervorragende Persönlichkeit des Verfassers hochbedeutsame Werk. Möge der spezielle Teil desselben in nicht zu langer Zeit nachfolgen. *Unna.*

Die Krankheiten der Prostata und der Samenbläschen, von H. Picard. (Paris 1896. Georges Carré.) Verfasser bietet eine gut geschriebene, dem Stande unserer Wissenschaft entsprechende Darstellung der Erkrankungen der Prostata und der Samenbläschen. An die einleitenden Kapitel über Anatomie, Physiologie, die Bildungsfehler des Organs schliefst sich eine Besprechung der Wunden, der falschen Wege, der akuten und chronischen Prostatitis. Besondere Erwähnung verdient die ausführliche Behandlung der Hypertrophie, das entsprechende Kapitel über das Carcinom und die Tuberkulose der Prostata; kurze Bemerkungen über Konkretionen und Cysten folgen. Die Darstellung der Samenbläschenerkrankungen enthält das Wenige hierüber bekannte. Den Schlufs des für den praktischen Arzt empfehlenswerten Buches bilden Schilderungen der in Betracht kommenden Mikrobien, der Urethritis simplex ohne Gonokokken, der Bedingungen für die Antisepsis des Katheterismus, der Urethral- und Blasenspülungen und ein sehr kurz gehaltenes Kapitel über Endoskopie und Cystoskopie. Der Text ist durch 56 meist ziemlich schematische Abbildungen illustriert. *H. Einhorn-München.*

Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren, von L. Casper. Mit sieben Abbildungen. (Berlin 1896. Oscar Coblentz.) Die geschichtliche Einleitung über Ureterenuntersuchungen und Ureterenkatheterismus weiht den Leser natürlich in den Streit zwischen Verfasser und Nitze ein. Poirier hat 1889 als erster gezeigt, dafs man unter Leitung des Auges die Ureteren beim Manne katheterisieren kann, und die zweckmäfsige Krümmung des aus dem eingearbeiteten Sondenkanal austretenden Ureterenkatheters wurde zuerst von James Brown im September 1893 beschrieben. Die Originalmitteilungen dieser beiden Autoren finden sich im Anhang der Arbeit abgedruckt. Das Nitzesche Instrument, von dem die erste Notiz aus dem Herbst des Jahres 1894 stammt, beruht auf dem gleichen Prinzip, wie das Brownsche, beide zeigen den gleichen „fundamentalen Fehler" einer feststehenden Krümmung.

Das Harnleitercystoskop Caspers weist hingegen eine veränderliche, regulierbare Krümmung des Ureterenkatheters auf und bietet die Möglichkeit, den Ureterkatheter isoliert liegen zu lassen. Das Instrument, die Technik seiner Einführung wird genau beschrieben. Nachdem bei 200 Patienten, die Verfasser seit 1½ Jahren untersucht hat, niemals entzündliche Reizungen, noch gefährliche Blutungen, noch Infektionen beobachtet wurden, ist die Methode als gefahrlos zu bezeichnen.

Die diagnostische Bedeutung der Ureterenkatheterisation fafst C. in folgenden Sätzen zusammen, die durch die Mitteilung von elf interessanten Krankengeschichten illustriert werden.

1. Der Harnleiterkatheterismus gestattet die Unterscheidung, ob die Blase oder die Niere oder ob beide Sitz der Erkrankungen sind.

2. Wenn eine Nierenaffektion als sicher vorhanden angenommen wird, vermag er in vielen Fällen, in denen lediglich Freilegung einer Niere zur Klarheit in der Diagnose führen würde, ohne diese Aufschlufs zu geben, in welcher Niere die Krankheit besteht, oder ob sie doppelseitig ist.

3. Wenn eine Niere als krank erkannt ist, so giebt er in der Mehrzahl der Fälle

Aufschluſs über das Vorhandensein, die Gesundheit, bezw. Leistungsfähigkeit der anderen Niere.

4. Er läſst uns ein Hindernis im Ureter mit Sicherheit diagnostizieren.

H. Einhorn-München.

Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde, von P. Meissner. (Berlin 1896. Boas & Hesse.) Auf 88 Seiten giebt Verfasser als „Vademecum für die Bedürfnisse der Sprechstunde" eine klare und prägnante Zusammenstellung des mikroskopischen Instrumentariums, der Herstellung und Behandlung von Schnitten und Deckglastrockenpräparaten und der wichtigsten Färbemethoden. Das Büchlein enthält trotz seiner Kürze eine Menge für den Anfänger wertvoller Winke und kann als verlässiger Führer empfohlen werden. *H. Einhorn-München.*

Akute Exantheme, von Theodor v. Jürgensen. (IV. Band, III. Teil, I. und II. Abteilung von Spezielle Pathologie und Therapie, von Hermann Nothnagel. Wien 1896. Alfred Hölder.) Das vorliegende Werk behandelt in ausführlicher Weise Masern, Scharlach, Röteln, Varicellen. In einer Einleitung werden mehrere Punkte besprochen, die für alle Leiden Bedeutung haben. Verfasser erörtert eingehend, ob und inwieweit die verschiedenen Exantheme wirklich Einheiten, besonders in ätiologischer Beziehung, sind, berichtet, was über das gleichzeitige Vorkommen zweier Exantheme bei denselben Individuen bekannt ist, dabei eigene und fremde Beobachtungen citierend, und bespricht in durchaus vernünftiger Weise die allgemeine Prophylaxe und Therapie. Die ganze Art der Darstellung der in Rede stehenden Krankheitsbilder hat etwas eigenartiges; es sind nicht einfache, abgerundete Schilderungen, sondern mehr eingehende Erwägungen und Erörterungen des gesamten in der Litteratur niedergelegten Materials in Verbindung mit den reichen eigenen Erfahrungen, wie es wohl auch für ein solches Werk sich ziemt, das ja nicht für den Studierenden, sondern mehr für den Wissenden bestimmt ist. Natürlich faſst der Verfasser die Röteln und die Varicellen als Krankheiten sui generis auf. Bei letzteren muſs die Ansicht des Verfassers, daſs die gangränösen und ulcerösen Exanthemformen der Varicellen Folgen des Kratzens sind, doch Bedenken erregen. Er behandelt überhaupt diese schweren und seltenen Vorkommnisse bei Varicellen sehr stiefmütterlich, erwähnt z. B. die Demmeschen Fälle gar nicht. Für eine so umfangreiche Bearbeitung ist das ein Fehler. Durchaus subjektiv gehalten ist die Therapie bei allen akuten Exanthemen. Daſs dieselbe vorzugsweise eine hydropathische ist und dem kalten Wasser ein gröſseres Gebiet eingeräumt wird, als es die Ärzte leider gewohnt sind, ist bei den bekannten Anschauungen des Verfassers ganz begreiflich. Dennoch hätte man etwas mehr auch die medikamentöse Therapie berücksichtigt gewünscht, besonders auch die Antipyretica, die so gut wie gar nicht erwähnt sind. So ganz wertlos sind sie, wenn man vernünftig mit ihnen umzugehen versteht und über den zu erwartenden Nutzen sich klar ist, denn doch nicht. Doch das sind Kleinigkeiten. Im groſsen und ganzen ist das Werk eine originelle und wertvolle Arbeit, die für manchen einen guten Wegweiser geben wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen, herausgegeben von P. v. Baumgarten und F. Roloff. IX. Jahrgang. 1893. II. Abteilung. (Braunschweig. 1895. Harald Bruhn.) Unter Mitwirkung einer groſsen Zahl von Mitarbeitern ist der vorliegende Band der Baumgartenschen Jahresberichte wieder eine erschöpfende Zusammenfassung der lawinenartig anwachsenden bakteriologischen Litteratur geworden. Die Arbeiten sind zum Teil nur referiert, zum Teil auch in Fuſsnoten einer

Kritik unterzogen, die natürlich wiederum eine Kritik vielfach herausfordert. Jeder, der auf diesem Gebiete arbeiten will, wird dieses grofse Nachschlagewerk zur Hand haben müssen, um sich schnell über seine Vorarbeiter zu orientieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Eine Methode zur Erläuterung der Lage der Harn- und Geschlechtswerkzeuge beim Manne, von Nussbaum. (*Anat. Anzeiger.* 1896. No. 21.) Verfasser schildert die in Kursen von ihm geübte Methode der Demonstration, die allerdings sehr praktisch scheint und den Schülern einen guten Einblick in die Lageverhältnisse der Blase und ihrer drei Öffnungen ermöglicht, vor allem aber gestattet, das Verhältnis des Peritoneum zur Blase und an Samenblase und Prostata genau zu erkennen.

F. Hahn-Bremen.

Über die Wechselbeziehungen der Krankheiten der Harnwege zu denen anderer Organe und des Gesamtorganismus, von Ferdinand Kornfeld. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 10.) In einer, wie der Verfasser es bezeichnet, panoramatischen Übersicht bespricht derselbe kursorisch die zahlreichen Wechselbeziehungen zwischen Erkrankungen des Urogenitalapparates und denen des Nervensystems, den Stoffwechselanomalien, den gestörten Blutmischungen, den Intoxikationen u. s. w. Selbstverständlich konnten im Rahmen eines Artikels nur Andeutungen gegeben werden, da eine erschöpfende Behandlung des Materials geeignet wäre ein recht umfangreiches Buch zu füllen. Es ist aber sehr verdienstlich in der heutigen Zeit den Zusammenhang der Spezialdisciplinen mit der Gesamtmedizin bei jeder Gelegenheit zu betonen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

B. Guisy weist (*Progrès méd.* 1896. No. 24) hin auf die **geistigen Störungen** die sich bei disponierten Individuen im Gefolge von zuweilen ganz geringfügigen **kongenitalen Difformitäten und Affektionen des Genitalapparates** einstellen und sich bis zu eigentlichen Psychosen (sympathische Verrücktheit) steigern können. Die Frage dürfte demnach auch vom Gesichtspunkte der gerichtlichen Medizin von grösster Bedeutung sein.

C. Müller-Wallisellen.

Swisser betont das häufige Vorkommen von **Verdauungsstörungen bei Affektionen der Harnorgane.** Am häufigsten werden sie angetroffen bei Patienten mit chronischer Urinsekretion mit Dilatation der Blase. Besonders sind die oberen Digestionswege befallen und Guyon hat eine besondere Beschaffenheit der Zunge beschrieben, die er „Harnzunge" (langue urinaire) nennt und welche sich durch grofse Trockenheit bei lebhaft rosaroter bis purpurroter Färbung der Ränder auszeichnet; Spucken und Schlingen sind dabei behindert; Soor ist eine häufige Komplikation. Mitbeteiligung des mittleren und unteren Teiles des Verdauungskanales giebt sich durch Vorhandensein von Brechreiz, Erbrechen, Diarrhoe, oder Obstipation zu erkennen. Bei

jedem Patienten, der an hartnäckigen und langdauernden Verdauungsstörungen leidet ist es demnach in hohem Maße angezeigt die Harnwerkzeuge einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen. Der prompte Erfolg der Therapie beweist am klarsten den Zusammenhang dieser beiden Arten von Affektion. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 24.)

C. Müller-Wallisellen.

Einige klinische Betrachtungen über die primäre Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane, von F. S. Watson. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 1.) Diejenigen zwei Kapitel, welche auf die Ätiologie und die Behandlung sich beziehen, erscheinen am interessantesten.

In den vom Verfasser selbst beobachteten 21 Fällen wurde die tuberkulöse Natur durchaus bestätigt, teils durch Auffindung des Bacillus tuberc. während des Lebens, teils durch die bei der Sektion gefundenen Veränderungen. In all diesen Fällen, mit Ausnahme von zweien, hatte die krankhafte Veränderung von irgend einem Punkte des Harn-Genital-Systems aus ihren Anfang genommen. In der Symptomatologie weist Verfasser besonders auf den Wert der Ausgangspunkte in Nebenhoden, Samenbläschen, in der Prostata und auch auf die Bedeutung des Bluthamens hin. Ziemliches Gewicht legt er der graulich-schmutzigen Farbe des Ulcus bei, sowie der Abwesenheit des abstoßenden Geruches, wie er manchmal bei chronischer Cystitis oder Blasenneubildungen vorkommt.

Der Verlauf der Krankheit sei wechselnd, die Entwickelung derselben gehe über 3 Jahre kaum hinaus, tötlicher Ausgang sei die Regel. Doch habe Verfasser 2 Fälle gesehen, die 2 resp. 4 Jahre lang bereits geheilt waren. Charakteristisch für das Leiden sei das Auftreten trügerischer Remissionen, der Mißerfolg der gewöhnlich angewandten Maßnahmen und die Abwesenheit von Fieberfrost und starkem Schwitzen, wie bei sonstiger eiteriger Nephritis.

Im einzelnen sei bemerkt, daß die Dilatation bei der Frau, dann die tiefen Injektionen, die Drainage vom Damm aus keinen Erfolg erzielten, nur die Sectio alta mit nachfolgender Anwendung von Jodoform und Ätzungen mit Glüheisen hätten etliche gute Resultate ergeben.

Es folgt sodann eine Statistik über 108 Fälle von Nierentuberkulose, welche mittelst Nephrotomie (20 Fälle) und Nephrektomie (88 Fälle) operiert worden sind. Von den 20 Nephrotomierten erlagen 12 der Operation direkt oder starben bald, von den 8 anscheinend Geheilten blieb nur ein Patient wirklich geheilt.

Die abdominale Nephrektomie ergiebt eine Sterblichkeit von etwa 27,7%; die lumbäre Nephrektomie eine solche von ca. 43,7%. Doch ist zu bedenken, daß Fälle darunter sind, welche aus der Periode der mangelhaften Operationstechnik herrühren.

Die sekundäre Nephrektomie ergiebt bessere Resultate als die primäre. Erstere wird einige Wochen nach der Nephrotomie ausgeführt, sobald der Allgemeinzustand des Kranken sich gehoben.

Schließlich betont der Verfasser, daß es unmöglich sei, eine allgemeine Regel aufzustellen. Eventuell sei zur Erforschung die Nephrotomie auszuführen und je nach den Umständen die teilweise Resektion des erkrankten Stückes oder auch die totale Nephrektomie anzufügen.

Neuhaus-München.

Die frühe und exakte Diagnostik der Tuberkulose des Harntraktus, von Leopold Casper. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 17.) Der Verfasser zeigt an einem Falle, wie man mit Hülfe des Cystoskops und des Katheterismus der Ureteren eine einseitige Nierentuberkulose mit Sicherheit zu erkennen vermag.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Hermaphroditismus verus bilateralis beim Schweine, nebst Bemerkungen über die Entstehung der Geschlechtsdrüsen aus dem Keimepithel, von Fr. Kopsch und Ladislaus Szymonowicz. (*Anat. Anzeiger.* 1896. No. 6.) Auf Grund der Untersuchung eines hermaphroditischen Schweines kommen die Verfasser zu der Anschauung, dafs es bestimmte und räumlich abgegrenzte Bezirke des Keimepithels sind, welche dazu bestimmt sind, Hoden und Eierstock zu liefern, einen kleineren für den Eierstock und einen gröfseren für den Hoden. Die normale Entwickelung könnte man sich dann in zweierlei Weise denken:

1. Entweder es entwickeln sich von den Zellen des Keimepithels nur diejenigen für den Hoden oder nur diejenigen für den Eierstock.

2. Es entwickeln sich bis zu einem gewissen Stadium sowohl die Zellen, die die Eierstockelemente liefern, wie diejenigen, welche die Hodenelemente bilden. Im weiteren Verlauf bleibt die eine Geschlechtsdrüsenanlage zurück, während die andere sich kräftig entfaltet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pozzi berichtet über einen **Fall von Pseudohermaphrodismus** (*Presse méd. belge.* 1896. No. 31.) Eine Patientin war wegen einer doppelten Inguinalhernie operiert worden. Links wurde die blofse Reposition zweier Gebilde vorgenommen, die als Ovarium und rudimentärer Uterus aufgefafst worden war. Nach einem Jahre Recidiv der linksseitigen Hernie. Bei der Operation erkannte man die beiden früher reponierten Organe wieder, die sich aber bei der näheren Untersuchung als Hoden und wahrscheinlich ein rumentäres Uterushorn erwiesen.

C. Müller - Wallisellen.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus externus femininus bei einem Neugeborenen, von Wargafthis. (*Russ. Med. Rundsch.* 1896. No. 10.) Autor beschreibt den Fall ausführlich und spricht zum Schlufs die Ansicht aus, dafs in derartigen Fällen das Geschlecht erst bei Eintritt der Geschlechtsreife bestimmt werden könne, wobei er an den Bauhinschen Fall erinnert, wo das Geschlecht des Individuums erst durch die eingetretene Schwangerschaft bestimmt werden konnte. Bis dahin war der Hermaphrodit Mönch gewesen. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Über die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System, von Schuster. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1896. No. 52.) Der Verfasser hat früher eine Steigerung der sexuellen Erregbarkeit durch die Sprudelbäder in Nauheim festgestellt. Die Kohlensäure wirkt als peripherer Reiz besonders erregend auf die Geschlechtssphäre, was schon viele Autoren ausgesprochen, deren Äufserungen der Verfasser citiert. Diese Wirkung der Kohlensäure ist auszunutzen bei der Impotentia coeundi, soweit sie durch Neurasthenie bedingt ist, wofern nicht eine gesteigerte Erregbarkeit sich durch Spermatorrhoe, Pollutiones diurnae et nimiae, Ejaculatio praecox sich kundgiebt. Die Fälle bilden also die Indikation, wo Erektion und Libido vermindert sind ohne Spermatorrhoe und ohne schwere paralytische oder psychische Erscheinungen. Dazu gehört auch die frühzeitig auftretende senile Impotenz.

Beim weiblichen Geschlechte spielt der Torpor eine Rolle bei dieser Therapie, wo die geschlechtliche Erregung fehlt und infolgedessen sogar Sterilität eintreten kann. Auch manche Neuralgie des Uterus, Ovarie, Dysmennorrhoe und Amennorhoe etc. können durch Kohlensäure günstig beeinflufst werden.

In zwei Formen kann die Kohlensäure für diese Zwecke verwendet werden: als kohlensaures Wasserbad und kohlensaures Gasbad, die reinste und stärkste Anwendungsform. Man beginnt am besten mit der ersten, schwächeren Form, steigt zu Sprudelbädern und dann erst zu Gasbädern. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Anatomie und Physiologie der Harnröhre und Blase, von E. Finger. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 26.) Eine wichtige Vorbedingung einer erfolgreichen Behandlung der Blennorrhoe ist die genaue Kenntnis der anatomisch-physiologischen Verhältnisse, die der Verfasser hier eingehend erörtert.

Die Weite der Urethra ist keine gleichmäfsige; ein Abgufs besteht aus 1. einer vorne abgestutzten Spindel, der Fossa navicularis; 2. einem gleichmäfsigen Rohr, Pars cavernosa; 3. einer rückwärts stärker gestutzten Spindel, dem Bulbus; 4. einer kurzen Röhre, Pars membranacea; 5. einer symmetrischen Spindel, Pars prostatica. Am engsten und am wenigsten dehnbar ist das Orificium externum. In Bezug auf Dehnbarkeit steht die Pars membranacea dem Orificium externum am nächsten; hierauf folgen die Pars pendula, Pars prostatica und als am meisten dilatabel der Bulbus. Man stellt die Dehnbarkeit fest durch das Urethrometer.

Man teilt die Urethra am besten ein in die Urethra anterior (= Pars pendula + bulbosa), der Pars cavernosa entsprechend, und in die Urethra posterior, die man, da sie von einem starken Muskellager umgeben ist, auch Pars muscularis nennen könnte. Letzterer Abschnitt entwickelt sich aus dem Sinus urogenitalis, mit dem die Urethra anterior nichts zu thun hat. Funktionell ist die Urethra anterior ein integrierender Teil der Sexualorgane, die Urethra posterior aber gehört dem uropoetischen System an.

Die Pars prostatica besteht aus dem Sphincter vesicae internus, den Verfasser lieber als Sphincter prostaticus internus bezeichnen möchte, der acinösen, siegelringförmigen Prostatadrüse und dem Sphincter vesicae s. prostaticus externus, der zum gröfsten Teil aus animalischen Fasern sich zusammensetzt. Dieser überbrückt zum Teil oben die Urethra, komprimiert dieselbe bei ihrer Kontraktion (Musculus urethralis transversus von Krause und Kohlrausch), zum Teil umgiebt er dieselbe ringförmig.

Die im Diaphragma urogenitale verlaufende Pars membranacea ist trotz der Bezeichnung Pars unda sehr muskelreich; es ist dieser Muskelapparat der Musculus compressor partis membranacea, oder auch der Compressor urethrae genannt. Die Pars prostatica und membranacea befinden sich in einem Zustande tonischer Kontraktion und sind deshalb gewöhnlich gegen die Blase abgeschlossen. Die Blase selbst besitzt keinen eigenen Sphinkter, der Abflufs des Urins wird nur durch die Harnröhrenmuskulatur gehindert; sie ist deshalb kein gegen die Harnröhre abgeschlossenes Organ, aus letzterer kann alles ohne weiteres in die Blase eindringen.

Die Grenze zwischen Blase und Harnröhre ist so lange eine scharfe, bis die erstere sehr gefüllt ist. Ist dieses der Fall, dann überwindet der Druck den Tonus des Sphincter internus, die Grenze verwischt sich, der „Blasenhals" ist geschaffen; in diesem Moment empfindet man zuerst Harndrang, ein Gefühl, dessen Sitz allein die Pars prostatica ist. Der Abschlufs der gefüllten Blase, in die dann die Pars prostatica hineingezogen ist, bewirkt der Sphincter prostaticus externus zusammen mit dem Compressor partis membranaceae. Letzterer Muskel spielt auch eine wesentliche Rolle beim Harnröhrenkrampf, bei der Absperrung der Pars posterior gegen injizierte Flüssigkeiten, sowie bei der Zurückdrängung der in der Pars posterior gebildeten Sekrete in die Harnblase. Der Musculus compressor urethrae teilt die Harnröhre scharf in zwei Teile, die Pars anterior und posterior, eine für Pathologie und Therapie sehr wichtige Erscheinung.

Dieses kurze Extrakt aus den klaren Darstellungen des Verfassers dürfte den Lesern als kleines Repetitorium willkommen sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 3. 1. Februar 1897.

Aus dem dermosyphilopathischen Institut der k. Universität Siena (Prof. Barduzzi).

Pentosurie und Xanthoma diabeticorum.

Von

Dr. P. Colombini, Privatdozent.

Am 16. Februar 1895 stellte sich in unserer Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten ein gewisser Julius S. vor, ein 50jähriger, verheirateter Bauer aus der Umgebung von Siena.

Keine krankhafte Beanlagung in der Familie. Vater und Mutter waren bis zu ihrem Tode vollständig gesund gewesen; Geschwister ebenfalls gesund. Der Patient selbst war vorher niemals krank, hat speziell keine venerischen Affektionen irgend welcher Art durchgemacht und war bei seiner mühsamen Arbeit stets gesund und kräftig gewesen. Erst seit einer gewissen Zeit soll er Störungen im Allgemeinbefinden verspürt haben, die in einer Abnahme der Kräfte bei der Arbeit bestanden, und hierauf zeigten sich die Veränderungen an der Haut, für die er unsere Hülfe beanspruchte. Der Appetit war bei vorwaltender Pflanzenkost, wie dies bei unseren Landleuten üblich ist, erhalten geblieben.

Vor circa 40 Tagen bemerkte er die ersten Spuren der jetzigen Hautaffektion, während seine Kräfte stetig abnahmen. Die Eruption, welche von keinen subjektiven Beschwerden begleitet war, zeigte sich zuerst an den Oberschenkeln in Form von vereinzelten Läsionen, die aber bald zahlreicher wurden und sich über andere Körpergegenden ausbreiteten und zwar nach oben auf die Lenden, die Nates, den Rumpf und die Arme, besonders deren Streckseiten, nach unten dehnten sie sich über die Beine aus, wo sie wie an den Armen nur vereinzelt vorkamen. An den Nates, der Lendengegend, am Rumpfe hingegen begannen die Läsionen zu konfluieren, und nun erst verspürte der Patient ein Gefühl von Brennen und Jucken, das um so heftiger wurde, je mehr er sich kratzte, und welches ihm viele schlaflose Nächte verschaffte.

Status praesens. Normaler Knochen- und Muskelbau; Haut im allgemeinen blafsbraun gefärbt; Panniculus schwach entwickelt; sichtbare Schleimhäute blafsrosarot; Haare und Nägel normal. Nichts bemerkenswertes von seiten der inneren Organe, abgesehen von einer Erweiterung des Magens.

Der Patient zeigt eine über den gröfsten Teil der Hautoberfläche unregelmäfsig verbreitete Eruption, die an den Oberschenkeln, den Nates und dem Rumpfe teilweise konfluiert. Auch die übrigen Körpergegenden sind nicht frei von Efflorescenzen, und selbst an den Handtellern und Fufssohlen lassen sich welche entdecken; doch sind sie hier nur ganz klein und flach. Auf dem Gesichte und dem Haarboden sind sie sehr selten, und die Schleimhäute sind davon vollständig frei.

Eine besondere Anordnung dieser papulösen Eruption läfst sich nicht konstatieren. Wo die Papeln nur vereinzelt vorkommen, sind sie ganz unregelmäfsig verteilt. Auch an den Stellen, wo sie konfluieren, kommt es nicht zur Bildung eigentlicher Plaques.

Die einzelnen Efflorescenzen sind nicht alle gleich grofs; einige erreichen die Gröfse einer Erbse, andere werden nicht gröfser als ein Wickensamen oder bleiben noch kleiner.

Die gröfseren sind ziemlich über das umgebende Hautniveau erhaben, gewöhnlich von mehr oder weniger rundlicher Form; ihre Oberfläche ist glatt oder uneben. Das letztere ist besonders bei den gröfseren der Fall; ihre Oberfläche erscheint wie aus der Konfluenz einzelner kleinerer Formen hervorgegangen, die durch zahlreiche Furchen voneinander getrennt sind. Die kleineren Efflorescenzen sind kegelförmig zugespitzt. Alle sind scharf begrenzt und heben sich deutlich von der Umgebung ab. Sozusagen alle entsprechen einem Haarfollikel, zeigen eine besonders harte Konsistenz und stecken in der Cutis.

Die Färbung ist nicht eine gleichmäfsige, vielmehr ist bei den meisten Efflorescenzen das Centrum mehr oder weniger deutlich gelb, während die Peripherie eine blafs- bis lebhaft rote Färbung zeigt. Bei Druck auf die Papeln wird die gelbe Farbe rötlicher, während die rötliche der Peripherie verschwindet. Auch bei den kleinen, frischentstandenen Effloreseenzen kann die gelbe Farbe, die sonst nicht auffallen würde oder überhaupt fehlt, durch Druck sichtbar gemacht werden.

Bei oberflächlicher Untersuchung könnte man aus dieser gelblichen Farbe auf das Vorhandensein von Eiter in den Papeln schliefsen; nicht nur von solchem, sondern auch von seröser Exsudation ist aber keine Spur vorhanden.

Ich habe die Entwickelung der Eruption genau verfolgt und konnte mich überzeugen, dafs die Affektion circa einen Monat nach ihrer Entstehung den Höhepunkt erreichte. Während dieser Beobachtungszeit ging der Patient, soweit es seine Kräfte erlaubten, seiner gewohnten Beschäftigung nach und unterzog sich keiner besonderen Lebensweise.

Urin. Das tägliche Quantum Urin schwankte innerhalb 24 Stunden zwischen 650 und 920 ccm, das spezifische Gewicht zwischen 1023 und 1025; Farbe mehr oder weniger rötlichgelb; Reaktion schwach sauer; kein Eiweifs, Propeptone, Peptone, Schleim oder Eiter. Deutliche Reduktion des Fehlingschen Reagens, die beim Erkalten eintritt und später noch stärker hervortritt; ebenfalls deutliche Reduktion des Nylanderschen und Böttgerschen Flüssigkeit. Trotzdem war kein Zucker nachzuweisen. Da ich aber nicht vom Gedanken abgehen konnte, dafs solcher vorhanden sein, dafs die Hautaffektion des Patienten mit demselben in Beziehung gebracht werden müsse, suchte ich nach den Methoden von Rubner und Fehling nach Milchzucker, jedoch mit negativem Resultate. Nicht besseren Erfolg hatte ich bei der Prüfung des Harns auf Inosit und Levulose. Obwohl ich zunächst nicht an eine Pentosurie dachte, machte ich mich endlich daran, den Urin auf Pentose zu untersuchen (Salkowski und Jastrowitz). Zu 200—500 gr Urin fügte ich pro 100 gr desselben je 2,5 salzsaures Phenylhydrazin, dem vorher mittelst Essigsäure eine entschieden saure Reaktion erteilt worden war. Die Mischung wird in einem Becherglas bis fast zum Sieden erhitzt und kommt dann für eine Stunde aufs Wasserbad, wonach man sie langsam erkalten läfst. Am folgenden Tage wiederholte ich das Verfahren zur Beförderung der Krystallisation. So lange die Lösung noch warm war, liefs sich weiter nichts konstatieren als eine bräunliche Färbung mit Ausscheidung von kleinen bräunlichen Flöckchen. Nach dem Erkalten aber krystallisierten aus der Flüssigkeit grofse, seidenglänzende, citronengelbe, bei 159° schmelzbare Nadeln aus. Zur quanti-

tativen Bestimmung der Pentose suchte ich nach der Methode von Salkowski und Jastrowitz die Menge des Osazons und hieraus diejenige der Pentose zu bestimmen. Die Quantität der letzteren betrug 0,352 %. Um noch sicherer zu gehen, verfahre ich nach der Methode von Tollens, welche darin besteht, dafs man in der Wärme etwas Phloroglucin in 5 bis 6 ccm rauchender Salzsäure in der Weise auflöst, dafs noch etwas Phloroglucin ungelöst bleibt. Diese Lösung teilte ich in zwei Hälften und gofs sie in zwei Reagensgläschen. In das eine derselben kommen sodann zehn Tropfen des zu untersuchenden, in das andere die gleiche Menge normalen Harns von derselben Konzentration. Beide Gläschen wurden ins heifse Wasserbad gebracht. Nach kurzer Zeit zeigte sich im oberen Teile des pentosehaltigen Urins ein intensiv roter Ring; diese Färbung verbreitete sich dann nach und nach über die ganze Flüssigkeitssäule, während der Controlharn sozusagen ganz unverändert blieb. Bei längerer Einwirkung der Wärme treten in der Reaktion Störungen ein.

Gestützt auf diesen Befund, nahm ich an, dafs der Urin ohne Zweifel ein vom Diabeteszucker verschiedenes Kohlehydrat enthalten, das offenbar zu den Pentosen gehören müsse. Dafs es sich um das Vorhandensein einer Zuckerart handelte, bewies die Reduktion der Fehlingschen und Nylanderschen Flüssigkeit, sowie das Verhalten der Phenylhydracinprobe. Die sehr intensive Reaktion mit der angesäuerten Phloroglucinlösung und der Schmelzpunkt des Osazons (158° statt 204° wie beim Phenylglycosazon) liefsen darauf schliefsen, dafs es speziell eine Pentose sein müsse. Aus dem Befunde der Harnuntersuchung liefs sich also keine namhafte Anomalie konstatieren. Nach den gewöhnlichen Zuckerreaktionen konnte man das Vorhandensein der Pentose höchstens vermuten, nicht aber mit Sicherheit nachweisen. So löste der Urin des Patienten bei der Trommerschen Probe nur eine relativ geringe Quantität Kupferoxydhydrate; beim Erhitzen blieb die blaue Farbe zunächst ganz unverändert, und erst nach einer gewissen Zeit trat die Reaktion plötzlich ein mit einem Niederschlag von gelbem Kupferoxydulhydrat. Dieses geschah aber keineswegs in konstanter Weise, indem es öfters nur zu einer gelben Färbung der Flüssigkeit, nicht aber zu einer Ausscheidung von Oxydul kam, was bei einem normalen, etwas konzentrierteren Urin ebenfalls eintreten kann. Wenn ich den pentosehaltigen Urin unter Zusatz von Fehlingscher Lösung erwärmte, so zeigte sich zuerst eine grüne, dann eine gelbliche Färbung; zur Ausscheidung von Oxydul kam es nie.

Auch die zum Vergleich angestellte Nylandersche Reaktion fiel höchst zweifelhaft aus, indem das Präcipitat nicht schwarz, sondern graulich aussah.

Ich füge noch einige Bemerkungen zur Vervollständigung der Krankengeschichte unseres Patienten zu dem bereits Gesagten hinzu. Als die Krankheit den Höhepunkt der Entwickelung erreicht hatte, verordnete ich dem Patienten Milch- und Fleischdiät, sowie Arsenik in Form von Sol. Fowleri (zweimal täglich 10—15 Tropfen). Nach 14 Tagen zeigten sich keine neuen Efflorescenzen mehr, die alten begannen langsam zu verschwinden, und vier Monate nach der ersten Vorstellung des Patienten war von der Eruption nichts mehr zu sehen, als etwas Rötung an den Stellen der früheren Läsionen. Wiederholte Untersuchungen des Urins auf Pentose ergaben nunmehr ebenfalls stets ein negatives Resultat.

Bisher sind nur sehr wenige Fälle von Pentosurie mitgeteilt worden. Nach den ersten Beobachtungen von Salkowski und Jastrowitz (1892) haben meines Wissens nur Reale und Scognamilio zwei Fälle von Pentosurie publiziert. Niemand aber hat bis jetzt einen so interessanten Fall beobachtet oder wenigstens mitgeteilt, wie der vorliegende, wo die

Pentosurie von einer Hautaffektion begleitet war, die bisher ausschliefslich, und auch dies nur sehr selten, beim Diabetes vorgekommen ist.

Der von uns im Urin nachgewiesene Zucker wurde von den Entdeckern Pentaglykose, oder einfacher Pentose (FISCHER) benannt, weil dieser Körper nur 5 Atome C enthält ($C_5H_{10}O_5$).

Die Pentosen scheinen im Pflanzenreiche sehr verbreitet zu sein und zwar in Form von Anhydriden, die TOLLENS Pentosane nannte. SALKOWSKI und JASTROWITZ waren die Ersten, welche in letzter Zeit in einem stark reduzierenden menschlichen Harne, der schwache, positive TROMMERsche Reaktion zeigte, ein Kohlehydrat fanden, dessen Phenylhydracinderivat leicht in Gestalt von zitronengelben, bei 159° C. schmelzenden Nadeln erhalten werden konnte.

Mit Recht hat in letzter Zeit SALKOWSKI hervorgehoben, wie wenig Aufmerksamkeit diesem Körper bisher geschenkt worden ist, obwohl man in der Praxis öfters stark reduzierende Harne beobachtet und die Pentose uns vielleicht manche Aufklärung geben könnte zur Lösung einzelner Fragen bezüglich des Stoffwechsels.

Die Pentosen reduzieren die FEHLINGsche und NYLANDERsche Flüssigkeit, bilden mit Phenylhydrazin Osazon, zeigen keine Gährung durch die gewöhnlichen Sacharomycesformen und sind optisch aktiv. Sie geben zwei charakteristische Reaktionen, die TOLLENS zuerst studiert hat. KREMER, EBSTEIN, SALKOWSKI haben die Wirkung der Einverleibung der Pentosen untersucht. KREMER hat mit der Xylose, Arabinose und Ramnose an Kaninchen, Hähnen und sich selbst experimentiert, EBSTEIN mit den beiden ersteren Körpern am Menschen, SALKOWSKI mit der Arabinose an sieben Kaninchen und einem Huhn.

Diese Autoren haben nachgewiesen, dafs die genannten Körper, innerlich verabreicht, auf die chemische Zusammenstzung des Glykogens in der Leber keinen Einfluſs ausüben; man findet keine Spur von Pentosen oder Pentosan in diesem Organe. Dagegen wirkte die Einverleibung von Pentosen auf die Bildung des Leberglykogens (SALKOWSKI, KREMER). Bezüglich der Ausscheidung der Pentosen aus dem Organismus hat SALKOWSKI beim Kaninchen nachgewiesen, dafs ca. $^1/_5$ der eingenommenen Menge eliminiert wird; beim gesunden oder kranken Menschen hingegen werden sie (nach EBSTEIN) beinahe vollständig ausgeschieden; nach KREMER bleibt ein Teil im Körper zurück, jedoch in weit geringerer Menge, als beim Kaninchen.

Inzwischen haben sowohl Physiologen wie Pathologen begonnen, sich lebhaft mit der Frage über die Herkunft der Pentosen zu beschäftigen. SALKOWSKI glaubt, dafs bereits im normalen Urin Spuren von Pentose vorhanden seien, indem derselbe zuweilen eine schwache TOLLENSsche Reaktion zeigt. EBSTEIN ist zu demselben Schlusse gelangt. Diese ge-

ringen Mengen von Pentose im Harn können in erster Linie von der Nahrung herrühren, indem die Pentosen und die Substanzen, welche solche bilden können (Pentosane), in der Natur sehr verbreitet sind. Bei der geringen Fähigkeit des Organismus, solche Kohlenhydrate zurückzubehalten (EBSTEIN sah sehr rasche Elimination von 0,25 Xylose und Arabinose), läfst sich die schwache Reaktion des normalen Urins bei der TOLLENSschen Probe leicht erklären.

LINTNER und DÜLL haben gezeigt, dafs das Bier eine xylosebildende Substanz enthält. Auch giebt der Urin die Reaktion des salzsauren Phloroglucins nach Genufs kleiner Mengen trockener Kirschen und Pflaumen, während die FEHLINGsche Reaktion kaum angedeutet ist (EBSTEIN). Diese Thatsache ist vielleicht auf den Umstand zurückzuführen, dafs diese Früchte grofse Mengen Pektin enthalten, und andererseits sind die Beziehungen zwischen Pektinen und Pentaglykosen bekannt. EBSTEIN hat beobachtet, dafs man aus einem Dekokt oder noch besser aus einem Extrakt von Pflaumen mittelst angesäuerter 5%iger Natronlauge und Zusatz von Alkohol ein Präcipitat erhält, das schleimiger Natur ist und lebhafte TOLLENSsche Reaktion zeigt. Man begreift dann auch, wie nach Einverleibung bereits geringer Mengen (1—2,0) von arabischem Gummi der Urin die Phloroglucinreaktion zeigt.

Die Nahrung vermag also das Entstehen der TOLLENSschen Reaktion im Harne in hohem Mafse zu beeinflussen und zwar bereits beim gesunden Menschen, wo sie den einzigen Grund zu ihrem Auftreten bildet.

Trotz dieser Thatsachen sind wir noch weit davon entfernt, eine vollständige Erklärung für die Fälle von pathologischer Pentosurie zu besitzen, um so weniger, als SALKOWSKI ihren Zusammenhang mit der Nahrung leugnet. HAMMARSTEN hat im Pankreas einen schleimartigen Nukleoproteinkörper nachgewiesen, der bei seiner Spaltung in Pentose und das Osazon dieser Pentose zerfällt, welches ganz denselben Schmelzpunkt hat, wie das bei Pentosurie ausgeschiedene Osazon (159° C.); er erklärt die beiden Körper deshalb auch für identisch. Demgegenüber mufs aber gesagt werden, dafs es zwei absolut nicht identische Pentosazone giebt, die Arabinose und die Xylose, welche denselben Schmelzpunkt von 159° C. aufweisen. Andererseits kommt jenes Nukleoprotein nicht allein im Pankreas vor, sondern HAMMARSTEN selbst hat es in der Brustdrüse und in ganz kleinen Mengen in der Leber gefunden.

Zur Entscheidung der Frage, ob die im Urin gefundene Pentose mit der im Pankreas wirklich identisch sei oder nicht, hat SALKOWSKI den Schmelzpunkt, die Kristallisationsweise, die äufseren Eigenschaften, das Verhalten gegenüber der Wärme und die Löslichkeit in Betracht gezogen. Aus diesen Untersuchungen geht nun mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit hervor, dafs es sich wirklich um identische Körper

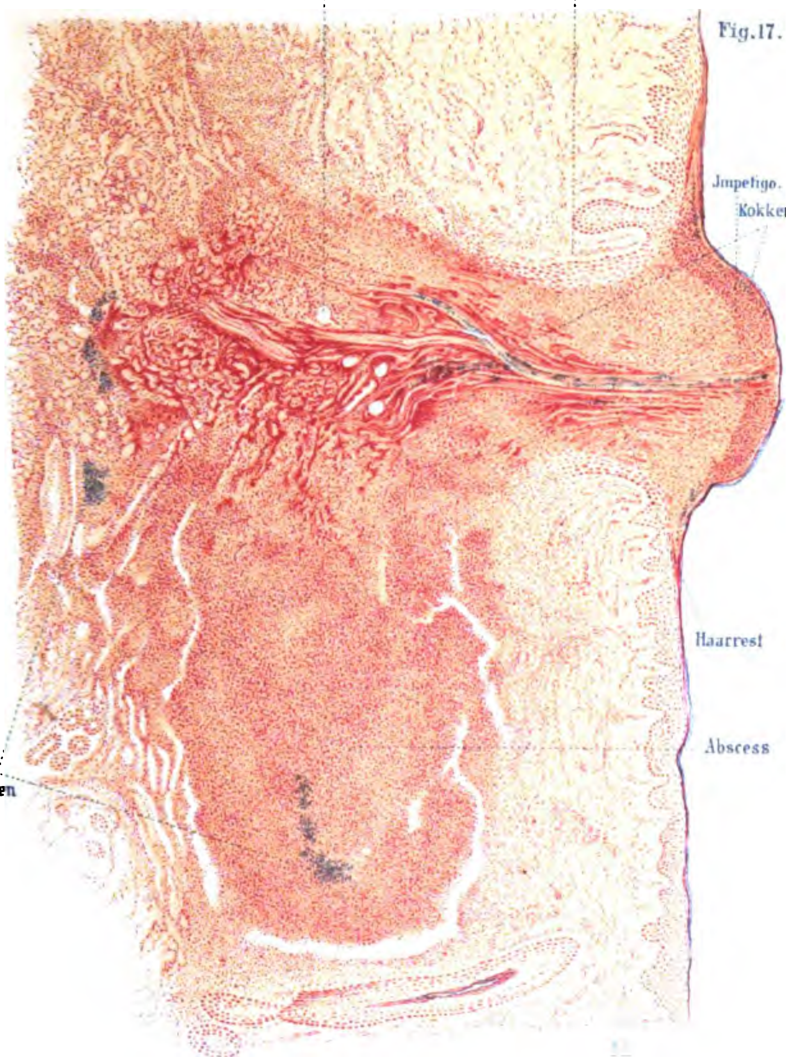
handelt, obwohl eine definitive Entscheidung in dieser Frage noch späteren, vervollkommneteren und mit gröfseren Mengen dieser Stoffe gemachten Experimenten vorbehalten bleibt. Vorläufig können wir nur annehmen, dafs die Pentosurie von einer abnormen Bildung und einer vermehrten Zersetzung des Nukleoproteins abhängt, aus welchem die Pentose hervorgeht.

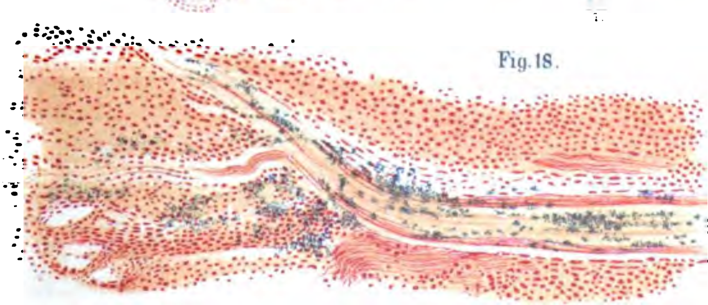
Die Pentosurie könnte deshalb von einer Pankreasaffektion abhängig sein, während es andererseits nicht ausgeschlossen bleibt, dafs möglicherweise unter normalen Verhältnissen grofse Quantitäten von Pentose im Organismus gebildet werden, welche gewöhnlich durch den Stoffwechselprozefs zerstört resp. oxydiert werden, wie dies aus den Arbeiten von KREMER, EBSTEIN und SALKOWSKI hervorgeht. In diesem Falle könnte die Pentosurie die Folge einer Abnahme oder gänzlichen Unterdrückung jenes Prozesses sein, welcher unter normalen Zuständen eine Zerstörung der Pentose im Organismus bedingt. Vielleicht wirken diese beiden Faktoren auch gleichzeitig, indem einerseits eine vermehrte Bildung, andererseits eine verminderte Zerstörung stattfindet, welch' letztere von einem verminderten Oxydationsvermögen des Organismus abhängig ist.

Bekanntlich sind die Fälle von zuckerhaltigem Urin in der Praxis keineswegs selten. Meist handelt es sich dann um Traubenzucker, seltener um Laktose, Levulose oder Inosit. Wir wissen ferner, dafs man in Begleitung von Glykosurie öfters Hautaffektionen beobachtet, welche in Anbetracht ihrer Abhängigkeit vom Diabetes in eine Gruppe zusammengefafst werden müssen, nämlich als Diabetiden oder diabetische Dermatosen. Verschiedene Autoren haben sich mit denselben beschäftigt, so u. a. DUNCAN, FONSECA, MARSCHAL, FRITZ, CHARCOT, CHESELDEN, PICK, KAPOSI, BARDUZZI, FOURNIER. Letzterer hat in einem klinischen Vortrage speziell die Diabetiden der äufseren Genitalien in Betracht gezogen. Aufser diesen giebt es aber noch allgemeine Formen, welchen gewifs noch eine gröfsere Bedeutung zukommt, indem der Diabetes bereits in seinem Initialstadium zu verschiedenen Hauterscheinungen Anlafs geben kann, welche den bisher unbeachteten krankhaften Prozefs offenbaren.

Die hauptsächlichsten allgemeinen Hauteruptionen, welche beim Diabetes beobachtet werden, sind das Erythem, die Urticaria papulosa, die Furunkulose, die Gangrän, die Paronychie, die Xerose, der Pruritus cutaneus, das Xanthom. Die Diabetiden der Genitalien zeigen folgende Formen: das Erythema, Eccema genito-crurale, die Balanitis und Balanoposthitis, die mykotische Vulvitis, der Pruritus der Eichel, des Präputium, des Scrotums und der Vulva.

Die Hautaffektion unseres Patienten ist nicht die, welche am häufigsten beim Diabetes beobachtet worden ist, indem sich in der Litteratur nur ganz wenige Fälle angeführt finden. Einer, der sich dem meinigen am meisten nähert, ist der Fall von A. R. ROBINSON im *Internat. Atlas seit.*





Unna: Furunkel.

Gummelt del.

Lith. Anst. v. Julius Klinkhardt, Leipzig

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Hautkr. (Heft IV., 1890, II.). Wie alle anderen bisher beschriebenen Diabetiden stand auch dieser Fall in Verbindung mit einer gewöhnlichen Glykosurie, d. h. mit dem Vorhandensein von Traubenzucker im Urin. Bisher hat also niemand bei Pentosurie eine Hautaffektion irgend welcher Art beobachtet; niemand hat ferner diabetische Dermatosen beschrieben, die mit einem anderen als Traubenzucker in Beziehung gestanden hätten.

Abgesehen von der Seltenheit bildet demnach mein Fall ein doppeltes Interesse.

(Übersetzt von C. Müller-Wallisellen.)

Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut.

Von

P. G. Unna.

(Mit Tafel V.)

V. Furunkel des Erwachsenen.

Fig. 17. Nachdem auf den beiden letzten Tafeln der Übergang von der Impetigo zur Perifollikulitis und zum Furunkel an verschiedenen Präparaten erläutert worden ist, stellt die vorliegende Figur ein Übersichtsbild von einem gröfseren Furunkel der Nackenhaargrenze dar, welches als typisch für die staphylogene Haarbalgerkrankung der stärkeren Lanugohaare und die konsekutive Furunkelbildung gelten kann.

Die Vereiterung der Haut, soweit sie vom Schnitt getroffen ist, hat eine im allgemeinen flaschenförmige Gestalt mit einem breiten, nach rechts abgehenden, der unteren Hälfte des Cutis entsprechenden Fortsatze. Der Kopf der Flasche entspricht einer suprafollikulären Impetigo, die in ihrem zentralen Teile durch den Druck der tiefliegenden Eitermasse bauchig in die Höhe getrieben ist. Der Hals der Flasche wird durch an beiden Seiten sichtbare Reste der Stachelschicht eines früheren Haarbalges eingeengt, während abwärts davon — dem Bauche der Flasche entsprechend — die Eiterung die Follikelwände nach allen Seiten überschreitet, sich nach unten diffus in feineren Eiterstrafsen verliert, nach rechts aber sich in einen kompakten Abscefs fortsetzt, der sich weit in die Cutis hineinstreckt und erst an der festen Wand des benachbarten Haarfollikels Halt macht. Die Achse des flaschenförmigen Eiterherdes wird zur oberen Hälfte von den Resten des Haares und seiner Wurzelscheide eingenommen;

in der unteren Hälfte treten stärkere Bindegewebsbalken längs und quer getroffen hervor, welche teils Resten des Haarbalges, teils Septen des Fettgewebes angehören und von Eiterzellen dicht umgeben und teilweise sequestriert sind.

Unser Hauptinteresse nehmen die Staphylokokken in Anspruch. Zunächst sind sie in horizontaler Schicht unterhalb der Hornschicht im Bereich der ganzen, zeltartig aufgehobenen Impetigo ausgebreitet. Dort wo die ehemalige untere Grenze der Impetigo, an einer etwas dunkler gefärbten Linie kenntlich, den ehemaligen Haartrichter schneidet, beginnt die Abwärtswucherung der Kokken in die Haarspalte, die als ein etwas dürftig ausgebildeter Hohlcylinder bis an den Grund des früheren Haarbalges zu verfolgen ist. Von hier aus teilt sich der Zug der Kokken in zwei Äste, welche gröfseren Bindegewebsbalken und wahrscheinlich gröfseren Lymphspalten folgend in das Hypoderm gelangen. Durch Kombination der verschiedenen Schnitte des Furunkels erhält man zwei kontinuierliche Kokkenzüge. Im vorliegenden Schnitte erblickt man die tiefst gelegenen Kokkenherde; hier scheint eine Aufstauung und horizontale Ausbreitung der Kokken stattzufinden, oberhalb einiger starken Septen des Fettgewebes, denn man findet fast in jedem Schnitte an dieser Stelle gröfsere Kokkenballen. Zu diesen Kokkenhaufen ziehen Leukocyten von allen Seiten, das Fettgewebe in dünnen Strafsen durchschneidend, herbei.

Der rechts vom Haarbalg befindliche Abscefs enthält an charakteristischer, zentraler Stelle einen grofsen Kokkenherd; die Abstammung dieser Kokken und damit des Abscesses ist aber fraglich. Es liegt am nächsten, an eine Wucherung der Haarbalgkokken durch seitlich in die Tiefe führende Lymphbahnen bis hierher zu denken; doch liefs sich ein solcher Kokkenzug auf den benachbarten Schnitten nicht entdecken. Dagegen kommuniziert dieser Abscefs auf anderen Schnitten mit einer benachbarten Haarbalgimpetigo und verdankt daher wohl seine Entstehung dem Einbruch der Kokken durch einen anderen Haarbalg. Es liegt daher wahrscheinlich hier der klinisch so oft zur Wahrnehmung gelangende Fall vor, dafs die in verschiedene Haartrichter eindringenden Kokken und die sie einkapselnden Eitermassen in der Tiefe der Haut zu gröfseren Furunkeln verschmelzen.

Fig. 18 stellt bei stärkerer Vergröfserung ein mittleres Stück des soeben geschilderten Haarbalgfurunkels dar und zwar die Stelle, wo der Kokkencylinder aufhört und sich in zwei Arme teilt, die jeder für sich dem Hypoderm zustreben.

Melanosis et Keratosis arsenicalis.

Von

Dr. Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Wenn auch der Glaube an eine heilende Wirkung des Arsens gegen eine sehr grofse Menge Krankheiten und krankhafter Zustände, namentlich auch gegen Hautaffektionen, nicht länger so ganz unerschüttert wie früher ist, wird doch noch ein so ausgedehnter therapeutischer Gebrauch und Mifsbrauch von diesem Mittel gemacht, dafs seine nachteiligen Nebenwirkungen eine doppelte Aufmerksamkeit verdienen, besonders solche, die noch nicht allgemein bekannt sind, so wie es der Fall ist mit den bei dem unten erwähnten Patienten vorkommenden Affektionen, der Melanose und namentlich der Keratose.

R. J., 66 Jahre, Particulier, wandte sich an mich am 18. Dezember 1894 wegen einer leichten, recidivierenden Balanoposthitis und Pruritus cutaneus, an welchem er die letzten Monate gelitten. Es fand sich bei der Untersuchung, dafs er zugleich eine generelle Pigmentierung der Haut und Keratose an Hand- und Fufsflächen hatte, gleichzeitig entstanden nach einem langen Arsengebrauch, weshalb dieser ausgesetzt, und Patient mit Mentholsalicylsalbe behandelt wurde. Untenstehendes Journal ist am 8. April 1896 aufgenommen, als ich wieder Gelegenheit hatte den Patienten zu untersuchen.

Er soll in der ersten Jugend dann und wann während ein paar Jahren an Wechselfieber und vor etwa 30 Jahren an Nierengries gelitten haben, soll aber sonst immer gesund gewesen sein, einen leichten und kurzdauernden Ausbruch von Ekzem, vor etwa 8 Jahren, abgerechnet. Dieses recidivierte im Anfange 1893 und ist stets nur an Handrücken, Handgelenken und Crura lokalisiert geblieben. Er wurde dafür mit Lq. arsenic. kalici behandelt, wovon er anfangs in kurzer Zeit 3 Tropfen 3 mal täglich bekam, später immer 5 Tropfen 3 mal täglich, und er fuhr nun damit ohne Unterbrechung etwa 1 Jahr lang fort (wie angegeben bis zum 18. Dezember 1894), indem er, nach der Aussage des Arztes „es sehr wohl, so lange es sein solle, ohne Schaden gebrauchen könne."

Er ist blond, kräftig gebaut, eher ein wenig mager als fett, nicht über sein Alter senil. Die pathologischen Veränderungen der Haut abgerechnet, ist er völlig gesund; alle Funktionen sind in Ordnung. Die objektive Untersuchung der inneren Organe giebt nichts abnormes; der Harn sauer, ohne Eiweifs oder Zucker (ebenso den 18. Dezember 1894). Auch als er Arsen gebrauchte, sollen keine anderen Symptome von Arsenintoxikation (von Seiten der Digestionsorgane oder des Nervensystems etc.) als die jetzt vorhandenen Hautveränderungen bestanden haben. Nachdem er Arsen einige Monate (seine Erinnerung der Zeitfolge ist nicht sehr genau) gebraucht hatte, erschien allmählich eine bräunliche Färbung der Haut ohne vorausgehendes Erythem oder Jucken, indem dieses letztere sich erst später einstellte. Die Haut war früher immer „fleckenlos und weifs." Seitdem er mit dem Arsen aufhörte (nun vor etwa $^3/_4$ Jahren), soll die Farbe sich unverändert erhalten haben. — Die Haut über dem ganzen Körper,

mit Ausnahme der Hände ist diffus bräunlich pigmentiert mit Schattierungen von heller Café au lait- bis dunkel kaffeebrauner Farbe. Am stärksten pigmentiert ist die Haut am ganzen Halse und Nacken, ein wenig schwächer an den Schulterregionen und am obersten Teil des Thorax. Die Pigmentierung wird gegen die Mitte des Körpers bedeutend blasser, nimmt aber von hieran wieder allmählich nach unten zu, so dafs Nates, Regg. inguin., Genitalia und namentlich der gröfste Teil der Femora besonders nach oben an der Vorder- und Innenseite, ebenso dunkel gefärbt wie der Hals sind. Die Pigmentierung verliert sich wieder gegen die Crura hinab, wo sie im ganzen, wie auch an den Armen ziemlich schwach ausgesprochen ist, obschon ein wenig stärker hervortretend in den Gelenkbeugen. Die Haut im Gesichte ist leicht rötlich fleckig und ebenso nur schwach pigmentiert, so dafs das Aussehen nicht besonders auffallend wird. In der Pigmentierung sind eingesprengt zahlreiche dicht zusammengestellte, etwa stecknadelkopfgrosse Fleckchen von bedeutend hellerer, weifslicher (normaler?) Farbe, welche besonders an den am stärksten gefärbten Partien hervortretend sind. Der übrige Charakter der Haut ist sonst nicht auffallend verändert, auch nicht Haare oder Nägel. Die Schweifssekretion soll normal sein. Jetzt kein Jucken, welches etwa 1 Monat nach dem Aufhören der Arsenbehandlung schwand; keine anderen Parästhesien. Keine Drüsengeschwülste. Die Schleimhäute sind nicht angegriffen. Von dem früher erwähnten Ekzem bleibt nur eine kleinere Plaque an der Ulnarseite der rechten Hand übrig.

Die Haut an den Volae und Plantae wurde nach und nach diffus verdickt, nachdem er Arsenik mehrere (etwa 8?) Monate gebraucht hatte, ohne dafs, vorher oder später, Erythem, gesteigerte Schweifssekretion oder subjektive Empfindungen bemerkt worden waren; nachher sind zugleich allmählich kleine hornartige Auswüchse hervorgekommen, auch einige Zeit nachdem er mit dem Arsen aufgehört. Er hat seine Hände nie zu irgend einer harten Arbeit gebraucht. — Die Epidermis an beiden Volae — jedoch in geringerem Grade an der mittleren Partie und an der Radialseite besonders der rechten Vola — und an der Volarseite und zum Teil an den Seitenrändern von allen Fingern ist verdickt, trocken, matt, hart und von einem staubartigen, gräulichen Aussehen, besonders in den Furchen zwischen den Papillenleisten. Aufserdem findet man, an der so affizierten Haut zerstreut, zahlreiche, von stecknadelkopfgrofsen und kleineren bis zu fast erbsengrofsen, harten, hornartigen Auswüchsen von gelblichbrauner Farbe; eine besondere Lokalisation derselben an den Schweifsdrüsenporen ist mit der Lupe nicht nachweisbar. Er mufs häufig diese hornartigen Auswüchse abschneiden („wie Hühneraugen"), indem sie beständig wieder reproduziert werden. Die Haut an beiden Plantae — aufser in der konkaven Partie derselben — und an der Plantarseite der Zehen ist der Sitz einer ähnlichen diffusen Veränderung wie an den Volae; aufserdem findet man entsprechende hornartige Auswüchse, aber zahlreicher und zum Teil etwas gröfser, besonders an der linken Fufsfläche, und zugleich mehr abgeflacht und durch den Gang in die Haut hineingedrückt. Ein einzelner vorn an der Plantarseite der linken Ferse ist gröfser als die anderen und gleicht ganz einem kleinen, ein wenig zusammengedrückten und kegelförmigen, etwas gebogenen Hauthorn mit abgeschnittener Spitze und regelmäfsigen Längsstreifen. Es wächst schräg aus der 3—4 mm breiten Implantationsstelle heraus und liegt mit der kürzeren (etwa 4 mm hohen), etwas konkaven Fläche in einer kleinen, nestartigen Vertiefung der Epidermis, aus welcher es ein wenig hervorgehoben werden kann; die längste konvexe Fläche ist etwa 7 mm hoch. Auch die hornartigen Auswüchse an den Plantae werden schnell reproduziert nach dem häufigen Abschneiden, welches notwendig ist, damit der Gang nicht geniert sei.

Nach Behandlung mit Seifen- und Sodabädern nebst Salicylseifenpflaster waren

die hornartigen Auswüchse 3 Wochen später abgestofsen (das Hauthorn mufste abgeschnitten werden); ihr Sitz war aber noch durch kleine rundliche, hornähnliche Verdickungen im Niveau der Haut markiert; die diffuse Keratosisbildung war weicher. Später wurde der Patient aus dem Gesichte verloren.

Obgleich die Kenntnis der **Arsenmelanose** schon seit einigen Dezennien besteht, ist es doch, wie es aus den kasuistischen Mitteilungen hervorgeht, hauptsächlich erst in den letzten Jahren, dafs derselben eine gröfsere Aufmerksamkeit gewidmet wird; in KAPOSIS grossem Handbuche (1891, mit Noten von BESNIER & DOYON) wird man vergebens eine Erwähnung der eigentlichen, primären Arsenmelanose suchen. Die am häufigsten vorkommende und auch am frühesten und besten gekannte Form der Arsenpigmentierung, sind die bräunlichen Flecken (Taches arsenicales — Devergie), welche während einer Arsenbehandlung verschiedener Hautleiden (besonders Psoriasis) oft nach diesen hinterlassen werden, also nicht als eine primäre Pigmentierung, sondern nur als eine Pigmentierung an der früheren Stelle der Hautaffektion. Seltener ist die hier besprochene primäre, in der Regel diffus auftretende Arsenmelanose, die von einer präexistierenden Dermatose unabhängig ist. Diese Form von Arsenpigmentierung kann man als einziges Intoxikationssymptom finden (HAFFTER[1], WEHLAU — nach HOLSTI cit. u. a.), aber am häufigsten giebt es zugleich andere Symptome, wie Digestionsstörungen, Konjunktivitis, lokalisierte oder generelle nervöse Affektionen von verschiedener Art und verschiedenem Grade, und namentlich ist auch die Melanose in einer ziemlich grofsen Anzahl Fälle, wie bei unserem Patienten, mit Keratosis vol. et plant. kombiniert gewesen, in einigen Fällen auch mit anderen Arsendermatosen (Erythemen, Zoster und anderen vesikulösen und pustulösen Affektionen).

Man hat diese Melanose sowohl bei mehr zufälligen, akuten und chronischen Arsenvergiftungen, als während Anwendung medizinischer Dosen dieses Stoffes auftreten sehen. MORBIRA teilt einige Fälle mit, wo ein paar Wochen nach einer akuten Vergiftung mit stark arsenhaltigem Rattenpulver, aufser verschiedenen anderen, zum Teil schweren Symptomen von Seiten der Digestionsorgane, des Nervensystems und der Haut, sich eine verbreitete bräunliche Pigmentierung der Haut entwickelte. In der von BARTHÉLEMY beschriebenen grofsen Epidemie von Arsenvergiftung in Hyères[2], dadurch verursacht, dafs ein Weinhändler aus Versehen eine Arsenlösung in die Weinfässer gofs, und wodurch 405 Personen vergiftet wurden, trat aufser anderen Symptomen in der gröfsten Anzahl Fälle eine bräunliche bis schwarze Pigmentierung der Haut auf.

---

[1] Die Litteraturangaben sind am Schlusse der Abhandlung gesammelt.

[2] BARTHÉLEMY hebt die vollständige Ähnlichkeit der Symptome dieser Vergiftung mit der Akrodynie hervor, welche 1828 (und wieder 1829) Paris am westlichen Seinenufer verheerte und im Verlaufe von 5—6 Monaten 40000 Opfer forderte. Er meint, dafs es sich wahrscheinlich auch hier um eine Arsenvergiftung gehandelt habe.

Auch KIRCHGÄSSER fand, dafs bei chronischer Arsenvergiftung, durch Aufenthalt in Stuben mit arsenhaltiger, grüner Wandfarbe veranlafst, auffallend häufig bräunliche Flecken am Gesicht und bisweilen auch an anderen Körperteilen vorkamen. GOWERS erwähnt einen Patienten, bei dem nach mehrjähriger Beschäftigung mit arsenhaltigen Farben sich eine Arsentabes entwickelt hatte; da der Ursprung desselben verkannt wurde, behandelte man später den Patienten mit Arsen gegen sein Leiden; eine charakteristische Arsenpigmentierung machte endlich die Diagnose klar.

Es liegt schon eine recht grofse Kasuistik über Pigmentauftreten während medikamentösen Gebrauches von Arsen vor, wo dieser Stoff in den verschiedensten Präparaten und gegen mancherlei innere und äufsere Krankheiten verwendet wurde. Geschlecht und Alter scheinen keine wesentliche Rolle zu spielen; dagegen handelt es sich hier, wie bei anderen medikamentösen Dermatosen, hauptsächlich um eine ganz individuelle, in ihrer Ursache völlig unbekannte Disposition, welche bei den einzelnen Individuen nach einer sehr verschiedenen Dauer der Arsenmedikation zum Ausbruch kommt. Am häufigsten scheint die Pigmentierung, wie bei unserem Patienten, nach Gebrauch des Medikaments während einiger Monate in den gewöhnlichen, steigenden Dosen, aufzutreten, aber in einigen Fällen ist sie nach Behandlung einiger Wochen hervorgekommen (MÜLLER, SCHLESINGER, OWEN u. m.), und in einzelnen Fällen erst nach einem Arsengebrauch von mehreren Jahren, wie bei dem Patienten MATHIEUS,' einem 51jährigen Manne, welcher mehr als 20 Jahre täglich etwa 3—4 cg arsensaures Natron einnahm, „um seine Kräfte zu erhalten“ (!); als er nach etwa 9 Jahren Gebrauch desselben die Dosis vermehrte, stellten sich Gastro-Enteritis, eine diffuse bronzefarbige Pigmentation der Haut, Keratosis vol. et plant. und tabetische Symptome ein. Auch in einem von HAFFTERS Fälle scheint die Pigmentation erst nach mehrjährigem Gebrauch von Arsen zur Entwickelung gekommen zu sein. Für einige Fälle findet man eine Angabe des gesamten Gebrauches von Arsen vor dem Eintreten der Pigmentierung. Dies war so bei MÜLLERS 23jährigem Patienten mit Psoriasis: 30 cg arsenige Säure im Verlaufe von 3—4 Wochen; in einem von FÖRSTERS Fälle (1890), 10jähriger Knabe mit Mrb. BASEDOWI: etwa 30 g Lq. ars. kal. im Verlaufe von ein paar Monaten; bei seinem anderen Patienten (1892), 8jährigem Knaben mit verschiedenen nervösen Symptomen: 35 g Lq. ars. kal. in über drei Monaten (die Pigmentierung fing jedoch drei Wochen früher an), und bei RICHARDIÈRES 19jähriger Patientin mit Anämie und Drüsengeschwülsten trat eine generelle Pigmentierung, wie bei einer Mulattin, auf nach Injektion von 42 Tropfen Lq. Fowleri und 500 Tropfen innerlich von demselben Medikament.

Da das Arsen nicht ganz ungewöhnlich Erytheme der Haut hervor-

ruft, ist es nicht so auffallend, dafs solche auch bisweilen der Pigmentierung vorhergegangen seien (akutes, universelles Erythem einige Tage vorher bei akuter Vergiftung — MOREIRA; Rubeolagleichende und scarlatiniforme Erytheme — MOREIRA, CHEADLE — nach SCHLESINGER cit.) oder gleichzeitig mit derselben (MORROW, BARTHÉLEMY — Obs. II, HOLSTI u. m.). GOWERS, welcher den Anfang der Arsenmelanose als ganz kleine runde Pigmentflecke näher beschreibt, erwähnt ein gleichzeitiges Vorkommen von entsprechenden erythematösen Flecken und vermutet daher, dafs die Pigmentierung mit einer Kongestion anfange. Eine solche scheint jedoch nach den bis jetzt vorliegenden Mitteilungen nicht zu der Regel zu gehören, und die Melanose scheint im ganzen sich auf verschiedene Weise entwickeln zu können. Nach GOWERS sollen die kleinen runden Pigmentflecke sich vergröfsern und zusammenfliefsen, jedoch mit Aussparung kleiner abgerundeter Stellen von nicht pigmentierter oder vielleicht nur wegen der Kontrastwirkung weifserer Haut als normal. In anderen Fällen hat die Pigmentierung mit münzgrofsen, mehr oder weniger scharf abgegrenzten Flecken angefangen (MÜLLER — unabhängig von den anwesenden Psoriasisflecken), und sie soll auch oft gleich vom Anfange über gröfsere Hautgegenden diffus verbreitet auftreten können. In den meisten Fällen liegen übrigens, wie für unseren Patienten, nur anamnestische Daten über die Pigmentierung in völlig entwickeltem Zustande vor, und sie zeigte sich dann, entweder als isolierte Flecke von verschiedener Gröfse und in verschiedener Anzahl, oder als eine über die ganze Haut oder über grofse Partien derselben diffus verbreitete Farbenänderung; diese mag auch gleichzeitig in kleineren Flecken und grofsen diffusen Flächen auftreten. Ein eigentümliches Aussehen bieten die von GOWERS und einzelnen anderen Verfassern (MATHIEU, PRINGLE [1895]) erwähnten ganz kleinen weifslichen Flecke dar, welche in die diffuse bräunliche Pigmentierung auch bei unserem Patienten dicht und regellos eingesprengt waren.

Die Farbe wird bisweilen angegeben als schmutzig gräulich, in der Regel ist sie aber bräunlich in verschiedenen Nuancierungen (bronze-, kupfergefärbt etc.) und mag selbst, wenigstens partiell, ganz schwarz sein (BARTHÉLEMY, MACKENZIE, RICHARDIÈRE). Übrigens tritt die Pigmentierung, namentlich wenn sie mehr verbreitet ist, gewöhnlich mit verschiedener Farbenstärke an den verschiedenen Hautregionen auf, und sie ist dann recht gewöhnlich einigermafsen wie bei unserem Patienten verteilt, wo Hals, Nacken und der angrenzende oberste Teil des Thorax sehr dunkel waren, die mittlere Partie des Truncus heller; danach waren wieder Nates, der unterste Teil des Unterleibes, Inguina, Genitalia und oberster Teil von Femora stark pigmentiert, wogegen die Farbe wieder an Intensität gegen das Ende der Extremitäten abnahm, jedoch mit dunklerem

Tone in der Fossa poplitea und Plicae cubiti. Die Hände nahmen gar keinen Teil an der Pigmentierung und das Gesicht nur in sehr geringem Grade. Die schon physiologisch stärker pigmentierten Hautpartien (Regg. ano-genital., axill., Areolae mammae) sind oft besonders dunkel, wogegen die dem Lichte ausgesetzten Teile recht gewöhnlich am wenigsten angegriffen sind oder ganz frei gehen. Doch giebt es im ganzen keine durchgeführte Regel der Farbenverteilung; in einigen Fällen (Mackenzie, Guaita — nach Müller cit., Wyss u. m.) sind gerade Hände oder Gesicht stark pigmentiert gewesen. In einem Fall von Manssurow waren die Nägel pigmentiert. — Nicht ganz ungewöhnlich ist die pigmentierte Haut zugleich trocken und rauh mit leicht kleienförmiger (ichthyosisähnlicher — Sederholm: Obs. V) Abschuppung und juckend; bei Müllers Patienten wurde Urticaria factitia nachgewiesen.

Es wird gewöhnlich angegeben, dafs die sichtbaren Schleimhäute, im Gegensatz zum Verhältnis bei Mrb. Addisonii, nie an der Pigmentierung bei Arsenvergiftung Teil nehmen; doch findet sich bei Morrow ein Fall (von Wilson) erwähnt, wo aufser einer universell verbreiteten Pigmentierung eine dunkle Färbung des Augapfels sich zeigte; Pigmentablagerung in der Mundschleimhaut scheint unbekannt. Dagegen haben Campbell, Brown und Davis einige Fälle mitgeteilt von gelblicher Färbung des Darmes, was bei dieser Vergiftung nicht so selten sein soll. Das gelblichglänzende Pigment schien von einer organischen Substanz herzurühren, und nicht, wie früher angenommen, von Arsensulphit; das Verhältnis des Arsens zu dieser Pigmentierung ist jedoch in Zweifel gezogen worden (Müller).

Die Dauer der Pigmentierung ist sehr verschieden; gewöhnlich schwindet sie im Verlauf einiger Wochen oder Monate, nachdem man mit der Arsenbehandlung aufgehört hat, namentlich wenn dieses nicht zu lange nach dem Auftreten der Pigmentierung geschieht. In einigen Fällen hat sie aber auch jahrelang bestanden. Bei unserem Patienten, wo die Melanose mehrere Monate, ehe die Arsenbehandlung ausgesetzt wurde, angefangen hatte, war sie noch mehr als 15 Monate hiernach anscheinend unverändert; bei Försters 10jährigem Patienten (1890), wo die Pigmentierung etwa fünf Monate vor der Unterbrechung der Arsenbehandlung angefangen hatte, war sie ein paar Monate hiernach schwächer und mehr gefleckt, aber noch $2^1/_2$ Jahre später gab es eine leichte Braunfärbung von Brust und Unterleib. Nach jahrelangem Arsengebrauch soll die Pigmentierung sogar den ganzen Rest des Lebens bestehen können (Lewin — Cheadles Fall).[3] Ob Geschlecht oder Alter für den schnelleren

[3] Dieses jahrelange Bestehen der Arsenikpigmentierung nach Aufhören mit dem Medikamente hat eine gewisse Analogie mit der, von ganz unbekannter Ursache, bisweilen ebenso lange dauernden Pigmentierung nach Sinapismen, spanischen Fliegen etc.;

oder langsameren Rückgang der Pigmentierung von Bedeutung seien, scheint die bis jetzt vorliegende Kasuistik nicht beleuchten zu können. Die Pigmentierung schwindet gewöhnlich durch langsames Ausbleichen, und bisweilen lösen sich zugleich diffuse Flächen allmählich in Flecke auf (wie bei FÖRSTERS Patienten), mutmafslich in Übereinstimmung mit einer ursprünglich entsprechenden Entstehungsweise. In einigen Fällen ist das Ausbleichen von leichter Abschuppung und Jucken begleitet, welches bei einem der Patienten MOREIRAS noch ein paar Monate nach dem Verschwinden der Pigmentierung bestand. — Bei einigen Patienten (WYSS, SEDERHOLM Obs. V, FÖRSTER [1892]) hat man die Melanose recidivieren sehen — nachdem sie mehr oder weniger völlig geschwunden war — durch Wiederaufnahme der Arsenbehandlung sogar nach Verlauf langer Zeit.

Bei mikroskopischen Untersuchungen (WYSS, MÜLLER) hat man das Hautpigment bei der Arsenmelanose als körnige Partikeln intra- und extrazellulär in den untersten Epithelschichten gefunden, ebenso in den Lymphspalten der Papillarschicht und in den tieferen Cutisschichten, hier in schwächer gefärbten Pigmentzellen (MÜLLER). Die von MANSSUROW beobachtete bräunliche Mifsfärbung der Nägel beruhte auf einer citronengelben Pigmentierung des Randes der Nagelzellen. Der Unterschied der Farbenintensität in den verschiedenen Hautregionen hat man mit dem verschiedenen Papillenreichtum derselben in Verbindung gesetzt und die Pigmentablagerung als einen Absatz in der Haut von einem Dekompositionsprodukt des Hämaglobins erklärt, welches durch eine vorausgehende Destruktion der roten Blutkörper, wegen der Einwirkung des Arsens auf dieselben (WYSS) zu Stande kommen solle. Das verhältnismäfsig seltene Vorkommen von Pigmentierung während der Arsenbehandlung, trotz der häufigen Anwendung derselben, und der Umstand, dafs die Schleimhäute (so gut wie) immer frei gehen, scheint uns jedoch eine solche pathogenetische Auffassung etwas zweifelhaft zu machen.

Die Diagnose der Arsenmelanose mufs sich hauptsächlich darauf stützen, dafs sich die Pigmentierung während medikamentösen Gebrauches des Arsens entwickelt hat, oder in selteneren Fällen durch mehr zufällige Vergiftungen mit diesem Stoffe. Sehr häufig wird es dann zugleich andere Symptome von Arsenvergiftung geben von Seiten der Haut oder anderer Organe, obgleich, wie erwähnt, die Pigmentierung das einzige Symptom sein mag oder den anderen Intoxikationssymptomen lange Zeit vorausgehen kann (GOWERS). Weder der von GOWERS hervorgehobene Anfang mit ganz kleinen zerstreuten Flecken, welcher für die Arsen-

bei einem Scortum sahen wir einmal eine Pigmentierung am Halse, nach einer wohlgebildeten Suctio erotica entstanden, sich mindestens über ein Jahr unverändert halten.

melanose charakteristisch sein sollte, noch das gesprenkelte Aussehen derselben, das durch die zahlreich eingesprengten weifslichen Fleckchen hervorkommt, können nach der vorliegenden Kasuistik konstante Eigentümlichkeiten genannt werden, und sie können möglicherweise auch bei Pigmentierungen von anderen Ursachen vorkommen. Von wesentlicher differential-diagnostischer Bedeutung der Argyrie gegenüber, wo die Farbe jedoch mehr schiefergrau ist, und dem Mrb. Addisonii gegenüber, ist, wie von mehreren Verfassern hervorgehoben, der Mangel an Pigmentierung der sichtbaren Schleimhäute bei der Arsenmelanose; doch soll man, wie oben angeführt, in einem ganz einzelstehenden Fall den Augapfel bei dieser Affektion pigmentiert gefunden haben, dagegen, wie es scheint, nie die Mundschleimhaut. Die Lokalisation und der Grad der Pigmentierung in den verschiedenen Hautgegenden bieten dagegen, wegen der inkonstanten Verhältnisse der Arsenmelanose, keine wesentlichen diagnostischen Anhaltspunkte dar, obwohl die dem Lichte ausgesetzten Hautstellen hier viel weniger geneigt sind, affiziert zu werden als in den zwei oben genannten Krankheiten. Es ist wohl namentlich dem Mrb. Addisonii gegenüber, dafs die Diagnose Schwierigkeiten darbieten mag, und es ist auch öfters hervorgehoben worden, dafs mutmafslich viele vermeintliche Fälle von dieser Krankheit in der Wirklichkeit Arsenintoxikationen gewesen sind, um so vielmehr als bei diesen letzten, aufser der Melanose, sich ja auch verschiedene andere Symptome entwickeln können (gastrische, nervöse etc.), welche mit den Symptomen beim Mrb. Addisonii zusammenfallen können. Vielleicht könnten speziell solche Fälle von diesem Leiden, wo die Nebennieren und Ganglien gesund gefunden wurden, hierher gehören (Rasch). Auch die Pigmentierung, welche sich bisweilen in kachektischen Zuständen bei Tuberkulose, Cancer, Malaria etc., wo man häufig Arsen giebt, entwickelt, mag vielleicht in gewissen Fällen von der Behandlung herrühren. Der Pigmentsyphilis gegenüber wird die Diagnose sicher nur ganz ausnahmsweise Schwierigkeiten darbieten (vergl. jedoch einen Fall von Engel-Reimers, von Müller cit.).

In prognostischer Hinsicht ist es, wie schon erwähnt, von Bedeutung, ob die Arsenbehandlung sehr lange nach dem Auftreten der Pigmentierung fortgesetzt gewesen, da in diesem Falle die Wahrscheinlichkeit gröfser ist, dafs die Färbung langsamer schwinde oder sogar stationär bleibe. Übrigens machen sich gewifs in dieser Hinsicht rein individuelle, unbekannte Eigentümlichkeiten geltend, wie beim Verlaufe der Pigmentierungen, aus anderen Ursachen herrührend.

Die Hauptbehandlung besteht natürlich im Aufhören mit dem Arsen; man hat auch die Anwendung von Diuretica, speziell Jodkalium (Gowers) empfohlen um ein schnelles Ausscheiden des Medikamentes zu fördern. Von lokaler Behandlung, mit dem Zwecke, eine oberflächlich desquamie-

rende Hautentzündung hervorzurufen, darf man, mit Bezug auf Erfahrungen von Pigmentierungen anderen Ursprungs, kaum eine wesentliche Wirkung erwarten und eine solche scheint auch nicht früher hier angewandt zu sein. In prophylaktischer Hinsicht muſs das Arsen natürlich fortgelassen werden, sobald eine beginnende Pigmentierung oder andere Intoxikationssymptome sich zeigen. HUTCHINSON (1891), welcher in mehreren Hinsichten sich um die Kenntnis von den Arsendermatosen verdient gemacht hat, führt gewisse Symptome an, welche zum Unterbrechen der Arsenbehandlung leiten müssen, nämlich Parästhesie und Gefühlslosigkeit von Handtellern und Fuſssohlen oder anderen Hautregionen und ausgesprochene Abmagerung. Konjunktivalirritation, die ein so wohlbekanntes Symptom ist, wird nach HUTCHINSONS Erfahrungen nicht so häufig wie einige der anderen Symptome beobachtet, und zu diesen fügt er noch Neigung zu Diarrhöe und eine extreme Irritabilität der Harnblase. Dazu kann man natürlich noch die verschiedenen Arsendermatosen fügen.

Keratosis volaris et plantaris als Symptom einer Arsenvergiftung ist erst in den allerletzten Jahren allgemein anerkannt worden. ER. WILSON erwähnt freilich schon 1873, daſs der Arsenik bedeutende Verdickung der Epidermis an Hand- und Fuſsflächen verursachen kann, sowie auch ganz kleine granuläre Hornbildungen (corns), eine jede mit der Öffnung eines Schweiſsdrüsenganges korrespondierend; aber erst nachdem HUTCHINSON in verschiedenen Abhandlungen 1887 und in den nachfolgenden Jahren diesen Gegenstand behandelt hatte, scheint die Aufmerksamkeit mehr darauf gerichtet zu sein, und die Arsenkeratose wurde auch erst dann in Frankreich anerkannt (BESNIER), wo man sich früher zweifelnd dazu gestellt hatte (vergl. PRINGLE [1891]). Es scheinen bis jetzt etwa 30 kasuistische Mitteilungen, diese Keratose betreffend, vorzuliegen, hauptsächlich in den letzten sechs Jahren veröffentlicht, und, wie natürlich, überwiegend von englischen Verfassern. Nur in den wenigsten Fällen war die Keratose das einzige Symptom der Vergiftung (BROOKE, CROCKER, PRINGLE [1891], HARDAWAY, LUDW. NIELSEN [1892]); in der Regel fand man zugleich andere, zum Teil leichte, zum Teil schwere Intoxikationssymptome, besonders von Seiten der Haut und des Nervensystems; in ungefähr der Hälfte (16) der Fälle war die Keratose, wie bei unserem Patienten, mit Arsenmelanose kombiniert.

Gewöhnlich hat sich die Keratose während medikamentöser Anwendung von Arsen gegen sehr verschiedene Krankheiten, besonders Hautleiden, entwickelt; einzelne Male hat es sich um eine zufällige Vergiftung mit Rattengift gehandelt (MOREIRA) oder mit arsenhaltigem Wein (BARTHÉLEMY); ein Patient mit Keratose (GAUCHER und BARBE) zog sich die Vergiftung durch langwieriges Arbeiten mit Schweinfurthergrün zu. Gleichwie die

Arsenpigmentierung, kommt auch die Arsenkeratose zur Entwickelung bei den verschiedenen Patienten nach sehr verschiedener Dauer der Behandlung und nach sehr verschiedenem Totalverbrauch des Medikamentes. Bei akuter Vergiftung hat man die Keratose 11 Tage nach dieser auftreten sehen (MOREIRA), bei gewöhnlichen medizinischen Dosen scheint sie am frühesten nach 3—4 Wochen Behandlung angefangen zu haben; so erschien sie bei einem 26jährigen Manne mit Psoriasis nach dreiwöchentlichem Gebrauch der Sol. arsenic. natr. (cg 10 — gr 20) subkutan (LUDW. NIELSEN [1892]) und bei einem 8jährigen Kinde mit Prurigo nach dem Gebrauche von im ganzen 10 gr. Sol. Fowleri im Verlaufe von 4 Wochen (HEUSS). MACKENZIES Patient hatte im ganzen $2^1/_2$ gran (s: 15 cg) Ac. arsenic. in 29 Tagen bekommen. Bei vielen, und wohl den meisten Patienten hat sich die Keratose, wie in unserem hier mitgeteilten Falle nach dem Arsengebrauch einiger Monate eingestellt, bisweilen scheint sie aber auch erst nach jahrelanger Arsenmedikation sich entwickelt zu haben (BROOKE, HARDAWAY, MATHIEU, RASCH u. m.); übrigens entwickelt sich die Keratose gewöhnlich so unmerklich, dafs die Angaben des Patienten von der Zeit ihres ersten Auftretens oft ganz ungenau werden.

Unter 29 Patienten mit Arsenkeratose waren 17 Männer und 11 Frauen (zwischen 20—70 Jahren, recht gleichmäfsig auf den verschiedenen Altersklassen verteilt) und nur ein (8jähriges) Kind (HEUSS). Dem Verhältnisse bei der Arsenmelanose entgegengesetzt, mag somit das Geschlecht, besonders aber das Alter, wahrscheinlich Bedeutung für die Entwickelung der Arsenkeratose haben, was vielleicht darauf beruht, dafs die Haut wenigstens an den Handtellern gewöhnlich weit mehr ausgesetzt ist durch Arbeit „traumatisiert" zu werden bei erwachsenen Männern, als bei Frauen und namentlich bei Kindern.

Die Arsenkeratose tritt nach der bis jetzt vorliegenden Kasuistik immer symmetrisch auf, obgleich bisweilen etwas stärker an der einen als an der anderen Seite entwickelt; in der weit überwiegenden Anzahl von Fällen wird sie sowohl an den Volae wie an den Plantae gefunden, seltener allein an den Volae und nur in einzelnen Fällen scheint sie an den Plantae allein lokalisiert gewesen zu sein (SEDERHOLM, Obs. IX, BARTHÉLEMY, Obs. II). Sie tritt unter zwei Formen auf, als eine diffuse Keratose und als zahlreiche, zerstreute, kleine Hornbildungen (corns); diese letzte Form wird jedoch ziemlich selten allein angetroffen, besteht aber in der Regel wie bei unserem Patienten, mit der diffusen Keratose kombiniert. Diese Kombinationsform scheint ungefähr mit derselben Häufigkeit wie die diffuse Keratose allein vorzukommen. In einem einzelnen Fall (PAYNE) fand man an den Volae nur kleine zerstreute Hornbildungen, an den Plantae die kombinierte Form.

Die diffuse Keratose findet sich in der Regel über die ganze

Hand- und Fufsfläche verbreitet, sowie auch an der Beugeseite und den Seitenrändern der Finger und Zehen, doch wird die Mitte der Vola und vielleicht namentlich der konkave Teil der Planta, also die Partie, welche am wenigsten dem Drucke ausgesetzt ist, bisweilen in geringerem Grade oder auch garnicht angegriffen. Einzelne Male hat sich die Keratose an die Seiten und den Rücken der Füfse hinauferstreckt (PAYNE) oder über die Knöchel der Hände (CROCKER); in einem Falle, von MACKENZIE mitgeteilt, sollen zugleich an Brust, Unterleib und zwischen den Schulterblättern einzelne Flecke von ähnlicher Natur wie die Affektion an Hand- und Fufsflächen gewesen sein. In dem hier von uns mitgeteilten Fall, sowie auch bei einem früher von uns observierten Patienten (cfr. das Litteraturverzeichnis), war die affizierte Haut diffus trocken, matt und von einem graulichen, wie staubigen Aussehen; für die Empfindung war die Epidermis rauh und hart, bei einem der Patienten nur unmerklich verdickt, in dem anderen hier mitgeteilten Fall, wo die Keratose eine längere Zeit bestanden hatte, war eine ausgesprochene diffuse Verdickung (aufser den isolierten warzenartigen Hornbildungen), aber, wie es scheint, nur von der Epidermis selbst. Die Keratose war gegen die gesunde Haut recht bestimmt abgegrenzt, ohne hyperämische Randzone. Diese Charaktere scheinen im ganzen die gewöhnlichen bei der diffusen Arsenkeratose zu sein. Es können aber verschiedene Modifikationen angetroffen werden; so findet man angegeben: kleine Vertiefungen mit aufgebrochener Epidermis (HUTCHINSON [1888], Obs. I und II), oder eine feine Chagrinierung der Oberfläche (RASCH); bei CROCKERS Patienten war die gelblich durchscheinende und bedeutend verdickte (1/8″) Epidermis von einem weicheren Charakter wegen einer gleichzeitigen starken Hyperidrosis. Bisweilen findet sich Neigung zur Rhagadenbildung (SEDERHOLM, Obs. IV, MACKENZIE), wenn die Hornschicht sehr dick ist. Die Farbe kann bisweilen mehr gräulichbraun sein, in einem einzelnen Fall (MACKENZIE) war sie kohlschwarz. Nur bei BARTHÉLEMYS Patienten gab es eine erythematöse Verbrämung längs dem äufseren Rande des Fufses, welcher der Sitz einer diffusen Plantarkeratose war.

Bei der zweiten Form von Arsenkeratose handelt es sich um multiple, gewöhnlich sehr zahlreiche, kleine, zerstreute oder dichter zusammengestellte, hornartige Erhöhungen („Corns“ — nicht Warzen, da sie, wie ausdrücklich von HUTCHINSON hervorgehoben, nicht papillär sind). Man findet sie, wie erwähnt, ziemlich selten allein, in der Regel mit der diffusen Keratose kombiniert, welche gewöhnlich ganz davon übersäet ist; bei unserem Patienten soll die diffuse Keratose zuerst aufgetreten sein, danach die zerstreuten kleineren Hornbildungen. Diese haben gewöhnlich dieselbe lokale Verbreitung wie für die diffuse Keratose oben angegeben und können gleichwie diese, aufser an der Beugefläche der Hände und Füfse,

auch bisweilen am Handrücken und an der Dorsalseite von Fingern und Zehen vorkommen (Pringle [1891], Fox, Payne, Moreira u. m.). Diese multiplen Keratosen können, wie schon von Wilson angegeben, als ganz kleine granuläre „Corns" auftreten, jedes an der Mündung eines Schweifsdrüsenganges sitzend (Moreira, Pringle [1891]); bei unserem Patienten und in mehreren anderen Fällen hat man eine solche Lokalisation, trotz Nachsuchung mit Lupe, doch nicht nachweisen können, vielleicht weil die Keratose hier in einem späteren Entwickelungsstadium beobachtet worden ist. In der Regel findet man diese Hornbildungen als stecknadelkopf- bis erbsengrofse (bei Paynes und einem von Moreiras Patienten von $^1/_8$—$^1/_4$" Diameter) harte, warzenartige Auswüchse von einer zugespitzten oder mehr abgestutzten Form und von einer hornartigen, gelblichbraunen oder bisweilen dunkleren Farbe. Bei unserem Patienten waren sie an den Plantae mehr abgeflacht und durch das Gehen in die Haut hineingedrückt; sie mufsten häufig abgeschnitten werden, um nicht zu genieren, wuchsen aber schnell wieder hervor. Eine einzelne gröfsere Hornbildung unter der linken Ferse glich völlig einem, ein wenig zusammengedrückten und kegelförmigen, gewöhnlichen Hauthorn mit regelmäfsigen Längsstreifen; man konnte es ein wenig emporheben aus der kleinen, nestartigen Vertiefung in der Epidermis, in welcher es bei seinem schrägen Wuchs gegen die Oberfläche und bei dem Gehen hineingedrückt war. Als Ausdruck für die excessive Hornentwickelung sah Heuss bei einem von seinen Patienten mit Arsenkeratose einen kleinen, flachen Clavus am Rücken der grofsen Zehe sich im Verlauf einer Woche zur Haselnufsgröfse entwickeln. Obgleich mehrere Angaben von verschiedenartigen Nagelaffektionen während Arsengebrauch vorliegen, scheinen solche doch selten zugleich mit der Arsenkeratose vorzukommen; nur in Mathieus Fall wird erwähnt, dafs alle Nägel verdünnt und deformiert waren.

Wie oben erwähnt, wurden bisweilen die kleinen Keratosenbildungen an den Mündungen der Schweifsdrüsengänge entwickelt gefunden und in dem oben angeführten Fall von Pringle gab es auch eine starke Hyperidrosis an den affizierten Partien. Diese, welche von der Kindheit an bei dem betreffenden Patienten bestanden hatte, hielt Hutchinson (in der Diskussion) für die unmittelbare Ursache der Keratose, indem von dem Arsen nachgewiesen ist, dafs es sich mit dem Schweifse ausscheiden kann und also hier vielleicht in besonders reichlicher Menge ausgeschieden wurde. Übrigens gab Hutchinson an, dafs lokale Hyperidrosis bisweilen das Resultat der Arsenbehandlung selbst war, was auch später Pringle konstatieren konnte. Auch Lewin erwähnt das Vorkommen von starker Schweifssekretion an cirkumscripten Hautpartien. In ein paar anderen Fällen (Crocker, Pringle [1895]) gab es gleichfalls starke lokale Hyperidrosis, welche bei Crockers Patienten, wie erwähnt, die Ursache war,

dafs die bedeutende diffuse Keratose weicher und gelblich durchscheinend war. Die Hyperidrosis hatte hier während der Arsenbehandlung selbst angefangen ein paar Monate vor der Keratose. CROCKER selbst war übrigens geneigt, die Ursache der Keratose allein in dieser Hyperidrosis, von der Arsenmedikation unabhängig, zu suchen. Bei den übrigen Patienten mit Arsenkeratose gab es nicht, oder scheint es nicht vermehrte Schweifssekretion gegeben zu haben; im Gegenteil ist die Haut in der Regel gerade trocken.

Obgleich die Arsenkeratose sich gewöhnlich unmerklich entwickelt, ohne von Erythem oder Entzündungsphänomenen begleitet zu sein, kann sie doch, wie es auch bisweilen mit der Arsenmelanose der Fall war, ausnahmsweise von solchen eingeleitet oder später begleitet werden. (Übrigens kommen ja solche Affektionen an der Vola und Planta vor, vom Arsen hervorgerufen, auch ohne mit Keratose kombiniert zu sein.) Bei BROOKES Patienten traten so, als Einleitung zur diffusen Keratose, starke Entzündung und Jucken an den Plantae auf, welche sich später verloren, aber jedesmal wenn die Arsenbehandlung wieder aufgenommen wurde, entstand eine brennende Empfindung an den affizierten Stellen; aufserdem gab es Schmerzen an den Plantae beim Gehen und gelegentlich ein wenig Jucken. Nach HUNT (nach MORROW cit.) soll bisweilen Empfindlichkeit der Entwickelung der Keratose vorausgehen. Es ist vorher erwähnt, dafs sich bei dem Patienten BARTHÉLEMYS eine erythematöse Verbrämung längs des äufseren Randes des Fufses fand, welcher der Sitz einer diffusen Plantarkeratose war; nach kurzer Zeit folgte Abschuppung in grofsen Lamellen. Auch in ein paar Fällen (WILSON — nach MORROW cit., MOREIRA) wo es an der Mündung der Schweifsdrüsengänge kleine Keratosen gab (wohl an den Volae und Plantae?), fand sich gleichzeitig Erythem der Hand- und Fufsflächen, in dem einen von starker Abschuppung nachgefolgt. Wenn die Keratose in höherem Grade anwesend ist, mag sie wohl leicht, wenigstens bei den feineren Handarbeiten und bei dem Gehen etwas Unannehmlichkeit verursachen; aber übrigens scheint sie nicht von wesentlichen subjektiven Empfindungen begleitet zu sein. In einem Falle (BARTHÉLEMY, Obs. II.) fand sich eine bedeutende Herabsetzung des Empfindungsvermögens an den Volae und Plantae, in einem anderen (HUTCHINSON [1888]) allein von der rechten Hand, mutmafslich von komplizierenden Arsenneuritiden, unabhängig von der Keratose, herrührend.

Vor einigen Jahren (1885), als die Arsenkeratose noch beinahe unbekannt war, teilte WHITE zwei Fälle von Epitheliom mit im Anschlufs an eine Psoriasisefflorescenz. Der eine Patient, ein 44jähr. amerikanischer Arzt, litt von seinem 21. Jahre an an einer sehr hartnäckigen Psoriasis, die, wegen der Irritabilität der Haut, während mancher Jahre beinahe ausschliefslich mit Arsen behandelt wurde. In seinem

34. Jahre bildeten sich mehrere Psoriasisflecke an den Handrücken und am untersten Teil der Unterarme allmählich in scharf abgegrenzte, feste, hornartige Auswüchse um; solche bildeten sich auch an den Volae. In seinem 42. Jahre entwickelten sich aus einer von diesen warzenartigen Bildungen an der rechten Vola und später aus einer ähnlichen an der linken Vola Krebsulcerationen. Obgleich er nach Amputation des rechten Unterarmes und eines Teiles der linken Hand geheilt schien, starb er doch 16 Monate später an Metastasen (cfr. HUTCHINSON, 1888). — Bei WHITES zweitem, 52jährigen Patienten, welcher auch viel Arsen wegen seiner mehrjährigen Psoriasis bekommen hatte, bildeten sich ebenso mehrere Psoriasisflecke an den Händen in hornartige, warzenförmige Auswüchse um (in seinem 42. Jahre); einer von diesen an der Volarseite des Handgelenkes wurde weich, ulcerierte und bildete sich in ein Epitheliom um. An Händen und Fingern gab es nun aufserdem zahlreiche, hornartige, warzenähnliche Auswüchse, und in der Nähe des Anus, am Penis und in den Inguinalfalten excoriierte und ulcerierte Stellen von zweifelhaftem Charakter. Nach Excision von allen affizierten Stellen starb der Patient an septischer Lymphangitis. Bei beiden Patienten wurde die Diagnose: Epithelialkrebs, mikroskopisch konstatiert.

Der erste dieser Patienten kam auf einer Reise nach Europa, um da, vor der Aputation, hervorragende Ärzte zu konsultieren, auch zu HUTCHINSON, welcher aufser dem Epitheliom eine vollständige Trockenheit der Haut an den Volae fand mit Bildung von kleinen Vertiefungen in der hornartigen Epidermis und, wie erwähnt, kleinen festen Hornbildungen (Corns) — also eine diffuse und zerstreute Keratose, mit der oben beschriebenen Arsenkeratose ganz identisch. HUTCHINSON meint dann mit Recht, dafs die Affektion, welche sich ja während langen Arsengebrauches entwickelt hatte, von demselben herrühre, und dafs diese Arsen-„Corns" durch fortgesetzten Gebrauch von diesem Medikamente in Epithelialcancer („Arsenik-Cancer") übergehen können. HUTCHINSON teilt in derselben Abhandlung (1888), in welcher WHITES zwei Krankengeschichten referiert sind, noch drei aus seiner eigenen Erfahrung mit. Der eine Patient, ein 34jähriger Mann, in dessen Familie Cancer vorgekommen war, bekam nach langwieriger Arsenbehandlung wegen Psoriasis „Corns" an Hand- und Fufsflächen und an den Seiten der Finger; während fortgesetzter Arsenbehandlung (das Verhältnis zur Keratose war dann — in 1871 — unbekannt) entwickelte sich aus einem ähnlichen hornartigen Auswuchs am Skrotum ein Epithelialcancer, welcher excidiert wurde; gleichzeitig hatten die Hornbildungen an den Volae in einem gewissen Umfange abzuschälen angefangen. Kein Recidiv 9 Monate später. — Der zweite Patient, über welchen HUTCHINSON

schriftlich von Dr. ALLBUTT konsultiert wurde, war eine 25jährige Frau, welche gegen einen vieljährigen Pemphigus viel Arsen bekommen hatte. Die Haut an den Volae und an der Volarseite der Finger, sowie auch an einem Flecke hinter Crista ilei wurde sehr rauh (rough), nach HUTCHINSONS Annahme wegen der Arsenbehandlung. An der letzterwähnten Stelle und aus einer Drüsengeschwulst in der Inguinalgegend entwickelten sich Ulcerationen mit cancrösem Charakter (nicht mikroskopiert), und Patientin starb kurze Zeit danach. — Obgleich die Neubildung in diesen beiden Fällen sich nicht aus der Keratose der Vola oder Planta, sondern aus einer hornartigen Bildung an anderen Hautgegenden (Skrotum, Truncus) entwickelt hatte, dürfen diese Fälle — und vielleicht namentlich der erste — doch wohl, wie es HUTCHINSON annimmt, am natürlichsten WHITES Patienten beigeordnet werden, indem die Arsenkeratose, wie oben angeführt, auch in anderen Fällen an anderen Hautregionen als eben an der Vola und Planta bisweilen lokalisiert gefunden ist.

Es ist dann vielleicht auch eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dafs ein Fall von hartnäckiger und vieljähriger Psoriasis, von H. HEBRA mitgeteilt, wo zahlreiche Psoriasisflecke an den Extremitäten sich in epitheliale, warzenartige Excrescenzen mit späterem Übergang in lethal endendem Epithelialkrebs (am Oberarm und Femur) umbildeten, hierher gehöre, wenn auch nichts ausdrückliches von Arsenbehandlung erwähnt worden ist; es wurden „zahlreiche Behandlungsweisen" angewandt.

Bei HUTCHINSONS drittem, 55jährigem Patienten erschienen nach langwieriger Arsenbehandlung wegen Psoriasis „Corns" an den Händen und Füfsen, welche viele Jahre bestanden; die Haut wurde zugleich trocken und rauh und das Gefühl der rechten Hand geschwächt. An der Pulpa der grofsen Zehe, wo es früher zwei harte Hornbildungen gab, entwickelten sich zwei münzgrofse Ulcerationen mit verdickter Umgebung, die erst nach Excision geheilt wurden. Da in diesem Falle bei mikroskopischer Untersuchnng keine Elemente von Epithelialcancer nachgewiesen wurden — worauf HUTCHINSON jedoch in diagnostischer Hinsicht kein grofses Gewicht legt — kann dieser Fall doch kaum mit Recht hierher bezogen werden. Es mag sich hier vielleicht eher um mehr gewöhnliche Arsenulcerationen gehandelt haben (vergl. LEWIN, MORROW u. m.), wie es auch mit GAUCHER und BARBES Patienten der Fall gewesen sein soll. Bei diesem, welcher übrigens sich die Arsenintoxikation durch fortdauerndes Arbeiten mit Schweinfurtergrün zugezogen hatte, fand sich aufser einer diffusen Keratosis vol. und plant. m. m. eine tiefe Ulceration an dem kleinen Finger und an der grofsen Zehe.

Endlich erwähnt HUTCHINSON in derselben Abhandlung einen Fall von CARTAZ mit einer kankrösen Ulceration an einem Finger, aus einer

Psoriasisplaque entwickelt. Da indessen die Anamnese nicht über eine vorausgehende Hornbildung oder eine Behandlung mit Arsen Auskunft giebt — was doch in Betracht der 20jährigen Dauer der Psoriasis gewifs angewandt worden ist — scheint dieser Fall nicht mit hinreichender Begründung hierher mitgerechnet werden zu können.[4]

Da die Arsenmedikation gegenwärtig nicht recht wohl eine andere Bedeutung für die Entwickelung des Epithelialcancers, als die rein indirekte haben kann, nämlich die äufseren Bedingungen hervorzurufen, welche erfahrungsgemäfs, aber übrigens auf noch ganz unbekannte Weise, für die Entstehung dieser Geschwulstform günstig sind, mag HUTCHINSONS Bezeichnung „Arsenic-Cancer" auch nur in dieser Voraussetzung ihre Berechtigung haben. Ebenso wie verschiedenartige chronische Affektionen (alte Ulcerationen, Lupus etc.), besonders, wenn sie häufiger Irritation ausgesetzt sind, der Sitz einer cancrösen Infiltration (durch Infektion?) werden können, gilt dieses auch von verrukösen Bildungen und namentlich von Hauthörnern, indem LEBERT bei einer Zusammenstellung von allen bis dann (1864) gekannten (109) Fällen von Hauthörnern 12% derselben mit Epitheliom kombiniert fand. Es wäre dann anzunehmen, das Verhältnis sei ganz analog, wenn die Hornbildungen, welche von der Arsenbehandlung hervorgerufen werden, sich mit Epitheliom komplizieren, indem diese Arsenic-„Corns" — und es ist ja so gut wie ausschliefslich diese Form der Arsenkeratose, welche damit kompliziert gewesen ist — von welchen doch noch keine histologischen Untersuchungen vorliegen, unzweifelhaft genau verwandt, ob nicht identisch, mit den gewöhnlichen Hauthörnern sind. Übrigens war, wie oben hervorgehoben, eine einzelne von den kleinen Hornbildungen an der Planta bei unserem Patienten ein in klinischer Hinsicht wohlentwickeltes Hauthorn (mit regelmäfsigen Längsstreifen u. m.).

Wenn die Arsenbehandlung nach der Entwickelung der Keratose fortgesetzt wird, mag also diese, gewifs aber als eine seltene Ausnahme, in Carcinombildung übergehen; in der Regel wird sie wohl, nachdem sie

---

[4] Um der Vollständigkeit willen kann angeführt werden, dafs noch ein Fall von Epitheliombildung am Fufs eines Psoriasispatienten vorliegen soll, von POZZI mitgeteilt (cfr. KAPOSI-BESNIER und DOYONS *Handbuch*. 1891. I. pag. 558, die Note); da diese Abhandlung uns indessen nicht zu Gebote gestanden hat, haben wir keine Erkundigungen über nähere Einzelheiten bei der Entwickelung der Neubildung. Ebenso hat LANE einen Fall von Psoriasis bei einem 60jährigen Manne, während 30 Jahre mit Arsen behandelt, mitgeteilt, bei dem sich allmählich elf von einander getrennte Epitheliome am Unterarm, Skrotum und Perineum entwickelten; nur eine der Geschwülste hatte sich möglicherweise aus einer Psoriasisplaque entwickelt. Da keine Arsenkeratose der Epitheliombildung vorausgegangen zu sein scheint, kann dieser Fall auch kaum hierher gerechnet werden. In der Diskussion über diesen Fall teilte HULKE mit, dafs er Erkundigungen eingezogen habe in betreff des Vorkommens von solchen Geschwulstbildungen unter den Arbeitern in den Arsenminen zu Cornwall, aber mit negativem Resultat.

eine gewisse Entwickelung erreicht hat, sich ziemlich stationär verhalten. Nur für eine Minderzahl von diesen Keratosenfällen liegen Erkundigungen über den Verlauf nach dem Unterbrechen der Arsenbehandlung vor. Die Keratose ist dann häufig, entweder spontan oder doch bei passender lokaler Behandlung, geschwunden, einige Wochen oder Monate hiernach (Moreira, Heuss, Rasch, Sederholm: Obs. IV, IX) oder nach Verlauf noch längerer Zeit. Bei unserem Patienten, wo die Keratose ziemlich unverändert bestanden hatte, etwa $1^1/_4$ Jahr nach dem Aufhören mit dem Arsen, besserte sie sich schnell durch lokale Behandlung (der endliche Erfolg ist unbekant), und im Falle Foxs wurde sie völlig geheilt durch Behandlung mit Salicylpflaster, obgleich sie etwa vier Jahre bestanden haben sollte. Dagegen wurde die Keratose in einem von Pringles Fällen (1891), wo sie nur vier Monate bestanden hatte, nach Aufhören mit dem Arsen und durch Behandlung mit Salicyl- und Resorcinpräparaten nur ganz vorübergehend beeinflufst, indem sie sich wieder verschlimmerte, sobald man mit diesen Mitteln aufhörte.

Die Histologie und Pathogenese der Arsenkeratose sind nicht bekannt. Lewins Auffassung, dafs die Arsendermatosen im ganzen durch eine direkte lokale Einwirkung des Arsens auf die Haut, durch deren Drüsen es sich nachgewiesenermafsen ausscheidet (aufser durch Nieren, Speicheldrüsen etc.), entstehen, würde gut mit den Angaben von der Entwickelung der kleinen Arsenkeratosen an der Mündung der Schweifsdrüsengänge übereinstimmen, sowie auch mit dem Umstande, dafs bisweilen, freilich aber nur selten, eine lokale Hyperidrose der Keratose vorausgegangen, und mit derselben gleichzeitig gewesen ist. Andere Verfasser betrachten die Arsenkeratose als ein trophoneurotisches Leiden, indem das Arsen sehr häufig zu nervösen Affektionen Anlafs giebt. Auf diese Weise wird so die Keratose bei Gauchers und Barbes Patienten aufgefafst, obgleich die Vergiftung von aufsen geschehen war durch Arbeiten mit Schweinfurtergrün, indem sich gleichzeitig eine Sklerodaktylie entwickelt hatte. Übrigens pafst die Beschreibung Besniers von einer Form von seiner Kératodermie symétrique des extrémités (en foyers; cfr. Kaposi — Besnier und Doyons *Handbuch.* 1891. II. pag. 43, die Note), welche er eben für eine trophoneurotische Affektion hält, ganz mit der in multiplen kleinen Foci auftretenden Form von Arsenkeratose, so dafs sich darunter aller Wahrscheinlichkeit nach auch Fälle von Arsenkeratosen verstecken, indem diese, wie angeführt, früher in Frankreich nicht anerkannt gewesen sind.

Es lassen sich, wenigstens gegenwärtig, nicht bestimmte klinische Kennzeichen aufstellen, durch welche die Arsenkeratose sich von Keratosen anderen Ursprunges unterscheiden läfst, um so viel weniger, als sie ja, bis zu den letzten Jahren, nicht speziell von diesen ausgesondert

worden ist. Die Diagnose mufs sich daher hauptsächlich darauf stützen, dafs es eine erworbene (nicht kongenitale oder hereditäre), symmetrisch auftretende Keratose ist mit den früher erwähnten Lokalisationen und klinischen Charakteren, während einer Behandlung, oder durch mehr zufällige Vergiftung mit Arsen entwickelt, ohne andere Veranlassung, und oft von anderen Symptomen einer Arsenintoxikation begleitet.

In prognostischer Hinsicht mag auf das oben angeführte hingewiesen werden. Wenn man die Arsenbehandlung unterbricht, wird es somit, nach den bis jetzt vorliegenden Daten, ziemlich grofse Wahrscheinlichkeit dafür geben, dafs die Keratose entweder spontan oder doch durch passende Behandlung schwinden wird; es ist aber doch nicht ausgeschlossen, dafs sie sich gegen die Behandlung refraktär zeigen kann und persistent bleibt. In sehr seltenen Fällen kann sie der Ausgangspunkt für Epitheliombildung werden.

Nach Aufhören mit dem Arsen besteht die Behandlung, wie gewöhnlich bei den Keratosen, hauptsächlich in der Anwendung von emolliierenden Mitteln (warmen Seifen- und Sodabädern, Kataplasmen, Kautschukhandschuhen etc.) und keratolytisch wirkenden Medikamenten (Emplastrum saponat. salicyl. oder anderen starken Salicyl- oder Resorcinpräparaten m. m.).

Litteraturangabe.

Barthélemy, De l'empoisonnement chr. par l'arsenic, ses rapports avec les épidémies d'acrodynie. *Thèse de Montpellier.* 1889.

C. Boeck, Forts. Jagttagelser over sjeldnere Huds. i Norge. *Norsk Magasin for Lægevidensk.* 1892. pag. 1403. (Arsenkeratose.)

H. G. Brooke, Notes on some keratoses of the palms and soles. *The Brit. journ. of Dermat.* Vol. III. 1891. pag. 19.

P. Campbell, Brown & Edw. Davis, On the yellow pigment found in the intestines in cases of arsenical poisoning. *Med. Times.* 1894. 8 mars. — Ref. in *Revue des scienc. méd. en France et à l'étranger.* XXIV. 1884. pag. 97.

Carrier, Pigmentation of the whole surface of the body, occur. suddenly during the treatm. of a case of psoriasis; warty growths upon the palms and soles following the internal use of arsenic. *Med. News.* LXIV. Febr. 1894. (Die Abhandlung ist mir nicht zugänglich gewesen.)

Radcl. Crocker, Tylosis palmae et plantae. *The Brit. journ. of Dermat.* Vol. III. 1891. pag. 169.

T. Colcott Fox, Keratosis of the palms and soles, probably due to arsenic. *The Brit. journ. of Dermat.* Vol. V. 1893. pag. 51.

R. Förster, Ein Fall von Braunfärb. der Haut nach längerem Arsengebrauch bei Basedowscher Krankh. *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. 8. Dezbr. pag. 1150.

— Ein weiterer Fall von Braunfärb. der Haut nach längerem Arsengebr. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. 14. März. pag. 263.

Gaucher & Barbe, Arsenic. chr. professionel: kératose symétrique palm.; sclérodactylie; ulcérations arsen.; perfor. de la cloison nasale. *Annal. de Dermat. et Syphil.* V. 1894. pag. 669.

Gowers, A post-graduate lecture on mistaken diagnosis. *Brit. med. journ.* 1894. 7th July. pag. 1.

Haffter, Pigment. der Haut nach innerlich. Arsengebrauch. *Corresp.-Bl. f. schweiz. Ärzte.* 1889. 1. Juni. pag. 347. — Ref. in *Revue des scienc. méd. en France et à l'étranger.* XXXV. 1890. pag. 217.

Handford, Pemphigus, arsenical pigment., unusual affect. of cicatrix. *Brit. med. journ.* 22nd Octbr. 1887. pag. 883.

Hardaway, Keratosis of the palms and soles, probably due to arsenic. *The British journ. of Dermat.* V. 1893. pag. 304.

H. Hebra, Über die Entwickel. von Epitheliom auf psoriat. Basis. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* VIII. 1887. pag. 1.

E. Heuss, Zwei Fälle von Keratosis und Melanosis nach innerl. Arsengebr. *Corr.-Bl. f. schweiz. Ärzte.* XXIV. 10. 1894. — Ref. in *Schmidts Jahrb.* 1894. II. pag. 23.

H. Holsti, Ett fall af Melanodermi vid invärtes bruk af Arsenik för terapeutiskt ändamål. *Finska Läkaresällskapets Handlingar.* Mai 1896.

J. Hutchinson, Arsenic-Cancer. *Brit. med. journ.* 10. Dezbr. 1887. pag. 1280.

— On some examples of Arsenic-Keratosis of the skin and of Arsenic-Cancer. *Transactions of the pathol. soc. of London.* XXXIX. 1888. pag. 352 (with 3 plates).

— A lecture on arsenic as a drug. *Brit. med. journ.* 6 June 1891. pag. 1213.

Kaposi, Pathol. et Trait. des maladies de la peau, avec notes par Besnier et Doyon. Edit. II. 1891. Tome I. pag. 558. T. II. pag. 43.

Kirchgässer, Über die Vergift. durch grüne Zimmerfarb. *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. und öffentl. Medic.* Bd. IX. 1868. pag. 96.

Lane, Multiple epitheliomat. growths developing in Psoriasis. *The Brit. med. journ.* 17. Febr. 1894. pag. 354.

H. Lebert, *Über Keratose.* Breslau. 1864. pag. 85.

Leszynsky, Diffuse pigment. produc. by the intern. use of arsen. *The med. record.* XXXV. 1889. pag. 472.

L. Lewin, *Die Nebenwirkungen der Arzneimittel.* II. Aufl. 1893. (Art. Ac. arsenic. pag. 414—30.)

Stephen Mackenzie, General pigmentation and keratosis of the palms and soles, believed by the cause of arsenic. *The Brit. journ. of Dermat.* VIII. April 1896. pag. 137.

Manssurow, Über eine durch Gebr. von Arsenik hervorgeruf. Farbenveränderung der Haut und Nägel. — Ref. in *Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph.* 1888. pag. 418.

Mathieu, Arsénicisme chron.; pigment. tachetée de la peau; hyperkératose palm. et plant. *Annal. de Dermat. et Syphil.* V. 1894. pag. 530.

Moreira, Arsenical affect. of the skin. *The Brit. journ. of Dermat.* VII. 1895. pag. 378.

Prince A. Morrow, *Drug eruptions.* Edited by T. Colcott Fox for The New Sydenham Society. Vol. CXLIII. 1893. (Art.: Arsenicum. pag. 425—36.)

H. Müller, Über Arsenmelanose. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1893. pag. 165.

Ludw. Nielsen, *Bidrag til Kundsk. om Psoriasis.* 1892. pag. 87. (Arsenikkeratose.)

Owen, *The Brit. med. journ.* 22 May 1886. pag. 985. (Arsenpigment.)

Payne, A case of arsenical keratosis. *The Brit. journ. of Dermat.* VII. 1895. pag. 249.

Pringle, A case of keratosis of the palms and soles, probably of arsenical origin. *The Brit. journ. of Dermat.* III. 1891. pag. 390.

Pringle, *The Brit. journ. of Dermat.* VII. 1895. pag. 52. (Pigment. und Kerat. arsen.)
C. Rasch, Om Arsendermatoser. Sonderabdr. von *Bibl. for Læger.* 7. R. 3. Bd. 8. H. 1892.
Richardière, Pigment. de la peau dans l'arsénicisme. *Annal. de Dermat. et Syph.* V. 1894. pag. 1296.
Schlesinger, Pigment. arsen. *Wien. klin. Wochenschr.* 1895. pag. 779. — Ref. in *Annal. de Dermat. et Syph.* VII. 1896. pag. 395.
E. Sederholm, Bidrag til kännedomen om lichen ruber. *Nord. med. Archiv.* 1893. No. 1.
James C. White, Psoriasis — Verruca — Epithelioma; a sequence. *The Americ. journ. of the medic. science.* Jan. 1885. pag. 163.
Er. Wilson, *Lect. on Dermatol.* 1873. pag. 151.
Worcester, Arsenical pigment. of the skin. *The medic. record.* XXXV. 1889. pag. 700.
Wyss, Über Arsenmelanose. *Corr.-Bl. f. schweiz. Ärzte.* 1. Aug. 1890. pag. 473. — Ref. in *Revue des scienc. médic. en France et à l'étranger.* XXXVII. 1891. pag. 581. (Cfr. auch Müller l. c.)

Aus der Praxis.

Langdauernde Inkubation bei Blennorrhoe.

Von

Dr. Paul Richter,

Spezialarzt für Hautkrankheiten in Berlin.

Im Anschluſs an den von Herrn von Notthafft in No. 1 des laufenden Bandes dieser Zeitschrift mitgeteilten Fall scheint mir die Bekanntgabe folgenden Falles interessant: Am 2. Dezember konsultierte mich ein 29 Jahre alter Kollege. Derselbe hatte im Mai 1894 einen Tripper acquiriert, der in der üblichen Zeit von drei Tagen zum Ausbruch gekommen und im September desselben Jahres vollständig geheilt war. Der sehr ängstliche Kollege hatte infolgedessen nur selten, aber stets mit Condom den Coitus ausgeübt. Am 20. November coitierte er ausnahmsweise ohne Condom, nachdem ihm die nicht unter Kontrolle stehende Dirne versichert hatte, daſs sie ganz gesund sei. Am 1. Dezember fühlte er leichtes Brennen und wenig wässerigen Ausfluſs. Bei der Untersuchung am 2. Dezember fand ich sehr zahlreiche Gonokokken in den Eiterzellen, Plattenepithelien waren sehr wenig vorhanden. Der Befund bestätigt die Diagnose acute Blennorrhoe. Aber im Hinweis auf die auch in obiger Arbeit erwähnte Angabe Lessers wurde die Möglich-

keit einer frischen Blennorrhoe von dem Kollegen bestritten. Nun führt Finger[1] aus verschiedenen Statistiken Fälle an, in denen die Incubation bis 30 Tage gedauert haben soll. Lang[2] sagt: „24—48 Stunden nach dem inficierenden Coitus verspüren die Individuen sehr oft das Gefühl des Kitzels“ u. s. w. und später:[3] „Nur sehr selten werden die ersten Zeichen von venerischer Urethritis erst zwei, selbst vier Wochen nach dem inficierenden Coitus bemerkt.“ Danach scheint also eine länger dauernde Inkubationszeit nicht so extrem selten zu sein.

Was die Ursache der langen Inkubationszeit anbetrifft, so stimme ich mit Lang überein, der sagt, dafs in solchen Fällen vermutlich sich nur eine geringe Anzahl schwach virulenter Gonokokken angesiedelt hat. Damit stimmt einerseits mein Fall überein, indem die infizierende Patientin scheinbar von ihrer Blennorrhoe nichts gemerkt hat, andererseits auch der von Herrn Dr. von Notthafft mitgeteilte Fall. Wer sich daran gewöhnt hat, jeden Fall von Blennorrhoe mikroskopisch zu untersuchen, was bei der Färbung mit Methylenblau ungefähr fünf Minuten in Anspruch nimmt, und was ich stets im Beisein des Patienten mache, der wird beobachtet haben, dafs die Fälle, wo die Sekretion gering, mehr wässerig ist, sehr zahlreiche Gonokokken aufweisen. Andererseits findet man in dem starken dickgelblichen, eiterigen Ausflufs oft verhältnismäfsig wenig Gonokokken. Entfernt man aber den Eiter und entnimmt von der scheinbar sekretfreien Schleimhaut der Fossa navicularis etwas Sekret mit der Platinöse, so findet man darin sehr zahlreiche Gonokokken. Ich erkläre mir das so, dafs in dem Kampf der Gonokokken mit den Eiterzellen, beide ihre Lebensfähigkeit, d. h. die Gonokokken ihre Virulenz und die Aufnahmefähigkeit für basische Anilinfarben verlieren. Hätte deshalb der sich selbst zum Versuchskaninchen hergebende Kollege sich nicht mit dem ausfliefsenden Eiter, sondern nach Entfernung desselben mit unmittelbar aus der Schleimhaut ausgewischtem Sekret infiziert, so würde er wahrscheinlich in weniger als drei Tagen die übliche Blennorrhoe erhalten haben.

---

[1] Ernst Finger, *Die Blennorrhoe der Sexualorgane.* Leipzig und Wien. 1891. S. 43.

[2] Eduard Lang, *Der venerische Katarrh.* Wiesbaden. 1893. S. 41.

[3] ib. S. 45.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 1. Dezember 1896.

Original-Bericht von L. Hoffmann.

1. Herr Richter: Fall von **Lichen ruber planus.** R. stellt ein Kind mit einem Exanthem vor, bei dem er die Diagnose Lichen ruber planus gestellt hat. Der Fall zeigt Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde; man sieht die üblichen Knötchen mit der Delle, sie sind aber dadurch ausgezeichnet, dafs sie sich in kurzer Zeit über den ganzen Rumpf und die Extremitäten ausgebreitet haben und nicht wie gewöhnlich auf den Beugeseiten lokalisiert sind, sondern ganz besonders auf den Streckseiten; die Beugeseiten sind frei. Aufserdem besteht ein ungewöhnlich starkes Jucken. Die Krankheit datiert seit drei Wochen, vorher war das Kind stets gesund, jedoch soll 14 Tage vorher ein masernähnliches Exanthem bestanden haben. Die Therapie hat bisher wenig Einfluſs gehabt, sie bestand aufser einer Styraxsalbe in minimalen Arsendosen.

Herr Joseph will die Diagnose nicht anerkennen, er glaubt, dafs das Krankheitsbild dem entspricht, was man als Vorläufer der Prurigo beobachtet, eine Urticaria, welche vielleicht in eine Prurigo ausartet, vielleicht auch später sich wieder zurückbildet. Es ist dies um so mehr anzunehmen, als das Alter von 3 Jahren dazu stimmt, ferner die Lokalisation an den Streckseiten und die Kratzeffekte, die sehr zahlreich sind.

2. Herr Lesser: Fall von **Urticaria pigmentosa.** Bei der 29jährigen Patientin ist der Ausschlag fast ausschliefslich auf die Brust beschränkt, in geringem Mafse ist er auf Rücken und untern Teil des Leibes ausgebreitet, hauptsächlich präsentiert er sich in einem Dreieck auf der Brust. Er wird aus kleinen bis linsengroſsen Knötchen gebildet, die hell und hellbräunlich erscheinen. Bei der Angabe, dafs diese Knötchen schon seit der frühesten Jugend unverändert bestehen, mufste man an Neubildungen denken, die Angabe jedoch, dafs die Knötchen beim Reiben anschwellen, rot werden und dafs auch die Umgebung sich rötet, läfst sofort an die Diagnose Urticaria pigmentosa denken. Allerdings fehlen hier die Pigmentierungen, nur am Halse und am Unterleib sind eine Anzahl flacher, nicht erhabener brauner Stellen. Bemerkenswert ist, dafs das Jucken fehlt, nur wenn die Patientin warm wird, verspürt sie etwas Jucken. Der Fall ist ferner charakteristisch, dafs die Krankheit in der Familie erblich ist. Auch die Mutter der Patientin hat genau denselben Ausschlag schon seit frühester Jugend und bestätigt, dafs der Ausschlag der Tochter schon früh, vielleicht schon bei der Geburt vorhanden gewesen ist. Ferner soll ein Vetter der Patientin an diesem Ausschlag leiden. L. will nach seinen Beobachtungen zwei Extreme bei der Urticaria pigmentosa unterscheiden, einen mehr chronischen Typus, bei welchem die Efflorescenzen monate- und jahrelang unverändert sind, und Hautgeschwülsten vor allem den Xanthomen so ähnlich sind, dafs man unweigerlich zuerst die Diagnose auf multiples Xanthom stellt; bei dem zweiten Typus verlaufen die zwei Efflorescenzen nicht mehr urticariaartig in raschem Wechsel, wenn auch im Verhältnis zur gewöhnlichen Urticaria immer noch sehr chronisch. Die Pigmentierung scheint gar nicht einmal das Charakteristische zu sein, denn sie fehlt in manchen Fällen, in anderen

ist sie wieder sehr stark vertreten. In diesem Falle ist die Erblichkeit bemerkenswert, durch welche eine Analogie mit der gewöhnlichen Urticaria gebildet wird, welche man als nervös auffafst. Die Patientin zeigt zwar keine Urticaria factitia, aber beim Streichen mit dem Nagel entsteht eine lebhaftere Rötung als beim normalen Menschen. Therapeutisch sind wir ohnmächtig.

Herr Joseph bemerkt, dafs es ihn sehr interessiert habe, dafs Herr L. der Pigmentbildung bei der Urticaria pigmentosa keine Bedeutung beilegt. Er wäre derselben Ansicht und werde in einer Arbeit darauf hinweisen, wie wenig das klinische Bild dem histologischen entspricht. An den erkrankten Stellen findet sich auffallend wenig Pigment, und der Prozefs besteht histologisch in dem schon von Unna hervorgehobenen Mastzelleninfiltrat, das im oberen Teile des Coriums wie sonst bei entzündeter Haut immer sich findet. Was die Diagnose anbetrifft, so ist das Auftreten in frühester Kindheit ja intrauterin für Urticaria pigmentosa charakteristisch, während die Urticaria perstans, die sich durch ähnliche Symptome auszeichnet, erst später beginnt. Im übrigen möchte er noch darauf hinweisen, dafs er vor längerer Zeit einen ähnlichen Fall von Urticaria pigmentosa vorgestellt hat, bei dem die Pigmentierung sehr gering ausgebildet war, es handelte sich um einen Bäcker, der jedesmal, wenn er in der warmen Backstube sich aufhielt, einen Urticariaausschlag bekam.

3. Herr Lesser: Fall von **tertiärer Syphilis**. Das 14jährige Mädchen zeigt verschiedene Symptome, zunächst die olympische Stirn durch Auftreibung der Tubera frontalia, deutlicher sind die Veränderungen der Tibien, welche die periostitischen Auflagerungen zeigen, ganz besonders die linke Tibia, welche aufser einer Ulceration eine deutliche Vorwölbung hat. Diese Veränderungen datieren seit sieben Jahren. Aufserdem hat die Patientin eine Keratitis interstitialis links und grofse Ulcerationen am Gaumen, welche zur Zerstörung der Uvula und des weichen Gaumens und zu einer Fissurbildung geführt haben. Ulcerationen sind aufserdem auf der Nasenschleimhaut, welche sehr starke Granulationsbildungen zeigen, so dafs man zunächst vielleicht an tuberkulöse oder lupöse Veränderungen denken könnte. Ferner zeigt auch das Zahnsystem der Patientin interessante Abweichungen, aufser einer Andeutung der Hutchinsonschen Inzisur an den Schneidezähnen, auf welche allein weniger Gewicht zu legen wäre, ein doppeltes Vorhandensein der Eckzähne, indem die Milchzähne nicht ausgefallen sind, dann ein Fehlen der ersten vier Molarzähne, sowohl im Ober- wie im Unterkiefer, die darauf folgenden Molaren sind links kariös, rechts oben und unten folgt eine Lücke. Die Zähne müssen gefehlt haben, da ihr nie Zähne ausgegangen sind. Das Ensemble läfst keinen Zweifel, dafs es sich um Lues hereditaria tarda handelt. Anamnestisch läfst sich nur eruieren, dafs der Vater durch Selbstmord geendet hat, dafs die Mutter leidend ist und dafs eine von zwei Schwestern ein Augenleiden und Geschwüre an den Armen hat.

Herr Meissner fragt den Vortragenden, ob er vielleicht in der Lage ist, die syphilitischen Veränderungen an der Tibia mit Röntgenstrahlen zu untersuchen. Er hat nämlich bei solchen Untersuchungen gesehen, dafs die Veränderungen an der Tibia zum Teil vom Periost, zum Teil vom Knochen, zum Teil von beiden zugleich ausgehen. Die vom Periost ausgehenden Auflagerungen sind durchscheinend, und es ist deshalb auf der Photographie wenig von ihnen zu sehen, während die vom Knochen ausgehenden früh verkalken, für die Strahlen nicht durchlässig sind und sich scharf markieren. Es sind derartige Untersuchungen doch von Wichtigkeit, wenn man die verschiedenen Formen der Syphilis feststellen will.

Herr Heller bemerkt, dafs er vor dreiviertel Jahren einen schweren Fall von syphilitischer Periostitis mit Röntgenstrahlen hat untersuchen lassen, wobei sich ergeben hat, dafs die starken Auftreibungen auf dem Bilde sich gar nicht zeigten, und

er hat dieselben deshalb für periostale, noch nicht verkalkte Massen gehalten, die für Röntgenstrahlen durchlässig sind.

4. Herr Lassar: **Beleuchtungsapparate zu diagnostischen Zwecken.**

Die kleine Rachenlampe, welche man im Anschluſs an eine elektrische Leitung oder an irgend einen Akkumulator oder Rheostaten zum Glühen bringen kann, kann man auch zu anderen Zwecken benutzen, so zur Lupenbetrachtung. Die Lupen werden im allgemeinen nicht angewandt, weil die schwachen nicht erheblich vergröſsern und die stärkeren mit 6—10maliger Vergröſserung das Gesichtsfeld zu verdunkeln, daſs nichts zu sehen ist. Dieses kleine Manco hat L. dadurch zu verbessern getrachtet, daſs er z. B. bei Betrachtung eines Lupus, wo es darauf ankommt, einzelne Knötchen zu erkennen, das Gesichtsfeld durch eine seitliche Beleuchtung stark beleuchtete und zwar mit dieser Rachenlampe. Diese Lampe hat ihm sehr wesentliche Dienste geleistet, es treten die Veränderungen sehr deutlich hervor.

5. Herr Immerwahr: Fall von **Lupus erythematodes des Gesichts.**

Bei der vorgestellten Patientin ist der Fall insofern bemerkenswert, daſs die Prädilektionsstellen, wie Nasenrücken und Wangen, gewöhnlich nicht befallen sind, wo sie in der bekannten Schmetterlingsform sich zu präsentieren pflegt, sondern es ist der Raum zwischen den Augenbrauen und dem Winkel an den Nasenflügeln bis zum Munde hin befallen. Man sieht auf den geröteten Stellen kleine Efflorescenzen mit Schüppchen bedeckt, von denen Zapfen in die Follikelmündungen hineinragen. Das Leiden soll früher über das ganze Gesicht gegangen sein. Die Kranke wird schon seit zehn Jahren mit Salben und Pasten behandelt. In die Klinik des Herrn Rosenthal kam sie im April d. J. und wurde, da sie im fünften Monat schwanger war, nur wenig eingreifend behandelt. Nach der Entbindung ist der Lupus blasser und kleiner geworden. Anamnestisch ergiebt sich nichts weder für Tuberkulose noch für Lues. Die Patientin zeigt auſserdem auf der Brust ein ausgedehntes Leukoderma, worüber die Patientin angiebt, daſs es nach jeder Entbindung aufgetreten, dann ganz allmählich wieder geschwunden sei. Man sieht ferner starke Pigmentablagerungen auf Hals und Brust.

6. Herr Roller: Im Anschluſs an den vorgestellten Fall I.s stellt R. aus der Klinik des Herrn Rosenthal einen Kranken vor, der seit 22 Wochen an einem Gesichtsausschlag leidet, der ziemlich plötzlich entstanden sein soll. Das ganze Gesicht ist bedeckt mit einem pustulösen Knotenexanthem, das am Kinn und an der Nasolabialfalte besonders intensiv ist und teils rote, teils livide Färbung zeigt. An den Stellen, wo das Gesicht frei ist, fühlt man beim Betasten unter der Haut zahlreiche kleine Knötchen, die sich dann später röten, pustulös werden und mit Borkenbildung heilen, meistenteils unter Zurücklassung einer pockenförmigen Narbe. Die zugehörigen Drüsen, wie Occipital-, Cervical- und Mandibulardrüsen, sind teilweise geschwollen. Das ganze macht den Eindruck eines Syphilids; andererseits ist der Patient deswegen mit Sublimatinjektionen behandelt und hat zwei Flaschen Jodkalium getrunken, ohne daſs eine Besserung eingetreten ist; im Gegenteil, die Affektion ist nach dem Gebrauche von Jodkalium stärker geworden. Eine syphilitische Infektion wird geleugnet, dagegen hat Patient als Kind lange Zeit an Skrophulose und Drüsenschwellungen gelitten und ist als Knabe wegen einer Quetschung und Schwellung des Präputiums circumcidiert worden. Da das Exanthem auch nur auf das Gesicht beschränkt ist, so glaubt R., daſs es sich um eine atypische Form von **Acne varioliformis** handelt. Der Kranke erhält innerlich Arsen und äuſserlich indifferente Salben.

Herr Oesterreicher bemerkt hierzu, daſs der Patient vorher in seiner Poliklinik behandelt sei und daſs er es für ein serpiginöses Syphilid gehalten habe.

Zweifel wären ihm damals zwar schon aufgestiegen, doch habe er keine andere Diagnose, als Spätform der Lues, stellen können und deshalb eine subkutane Sublimatkur angewandt.

Herr Rosenthal hielt den Fall anfangs auch für ein knotiges Syphilid, allein der Mangel jeglichen anamnestischen Anhalts, die Erfolglosigkeit der Sublimatkur, sowie das eigentümliche Verhalten des Exanthems — man fühlt nämlich besonders hinter den Ohren und an der Stirnhaargrenze kleine Knötchen, welche das Niveau der Haut kaum überragen, sich später röten —, ferner das Heilen unter Zurücklassen einer Narbe entsprechen der Form der Acne varioliformis.

7. Herr Palm wollte einen 5jährigen Knaben mit **Variola bullosa** vorstellen, der aber nicht erschienen ist. In der Familie des Knaben sind noch zwei Kinder in der gleichen Weise erkrankt. Der ganze Körper ist bedeckt mit Blasen von Linsen- bis Haselnufsgröfse, so dafs man an einen Pemphigus acutus denken könnte.

Aus den Verhandlungen des zweiten pan-amerikanischen Kongresses zu Mexiko.

(Original-Bericht von Dr. E. Lier-Mexiko).

Der zweite medizinische pan-amerikanische Kongrefs tagte in Mexiko, Hauptstadt, vom 16. bis 19. November 1896 unter dem Direktorium von Dr. M. Carmona y Valle, als Präsidenten, Dr. R. Lavésta, Vizepräsidenten, Dr. E. Licéaga, Sekretär, und Prof. F. Bustillos als Kassirer. An demselben beteiligten sich etwa 450 Ärzte aus fast allen Staaten Nord- und Südamerikas.

Folgende Vorträge werden im Auszug wiedergegeben werden:

1. **Serotherapie des Erysipels**, von Dr. García Rijo und J. Calvo; Habana, Cuba;
2. **Ein neuer Fall von Pseudo-Hermaphroditismus infolge von perineoskrotaler Hypospadie**, von Dr. J. Ortiz y Córdoba, Cuernavaca, Mexiko;
3. **Eine neue sero-therapeutische Behandlungsmethode der griechischen Lepra**, von Dr. Juan de Carrasquilla, Bogotá, Columbia;
4. **Über die angeborene Elephantiasis**, von Dr. Moncorvo, Rio de Janeiro, Brasilien;
5. **Über den Wert der Röntgenstrahlen in der Chirurgie**, von Dr. E. Beck, New York;
6. **Pathologie und Therapie der Varicen der unteren Extremitäten**, von Dr. Th. H. Manley, New York;
7. **Behandlung der Urethralstrikturen vermittelst der kontinuierlichen elastischen Dilatation**, von Dr. R. J. Wilding, New York, Malone;
8. **Über wahre Diphtherie des Penis**, von Dr. W. P. Munn, Vereinigte Staaten von Nordamerika;
9. **Die radikale Behandlung des Prostatismus**, von Dr. R. Macías, Mexiko;
10. **Über die antiseptische Saturation durch die Haut und ihre Anwendung in den infektiösen Krankheiten**, von Dr. L. H. Debayle, Nicaragua.

ad No. 1. Am 23. April 1895 präsentierte Marmoret in der Gesellschaft für Biologie das Serum gegen Erysipel, fast gleichzeitig berichteten Roger und Charrin über die Resultate des von ihnen präparierten Serums; in Habana wendeten die Autoren des Vortrages das von Dávalos und Acosta präparierte Antistreptokokkenserum bei Erysipel an und sahen schon nach 48 Stunden Schmerz und Schwellung schwinden, trotz einer Injektionsquantität von 60 ccm; eine störende Allgemeinreaktion trat bei dieser Dosis nicht ein.

ad No. 2. Nach einer allgemeinen Beschreibung des Falles erörtert der Verfasser die anatomischen, physiologischen und mikroskopischen Verhältnisse und knüpft daran einige Bemerkungen über die moralischen und sozialen Konsequenzen. Seine Schlüsse sind: Es bestehen männliche Geschlechtsorgane, die jedoch unvollkommen entwickelt sind, während die Urethra aufserhalb derselben und völlig getrennt sich befindet; die männlichen Funktionen sind erhalten; beim Coitus eine geringe Anzahl Spermatozoen; dagegen sind Charakter und Gewohnheiten weiblich; zugleich besteht Geschlechtsneigung zum Weibe; der Fall verdient ein medizinisch-forensisches Interesse.

ad No. 3. 1. Einem Leprösen wird Blut entnommen und dasselbe defibriniert, das Serum getrennt.

2. Dieses Serum wird Pferden injiziert.

3. Mit dem von diesen Pferden gewonnenen Serum werden subcutane Injektionen den Leprösen appliziert.

4. 30 ccm Menschenserum dreimal mit 10 Tagen Intervall einem Pferde; 10 Tage nach der letzten Injektion Blutentnahme; nach dieser wiederum Injektionen; 20—30 Tage später wieder Schröpfung des Pferdes u. s. f.

6. Der Kranke erhält 1—5 ccm jeden dritten Tag oder, falls Reaktion eintritt, in längeren Zwischenräumen.

7. Die normale Reaktion dieser hypodermatischen Injektionen besteht in: Kältegefühl, Fieber, Schweifs, — die abnorme in: Muskelschmerzen, Gelenk- und Nervenstörungen, Hauteruptionen, Atemnot und Schwindel etc.

8. Die leprösen Dermatosen und sonstige spezifische Affektionen modifizieren sich: die Knoten verflachen und werden durch Resorption eliminiert, desgleichen sistiert Suppuration und Desquamation; die Flecken entfärben sich und verschwinden; die Geschwüre vernarben; die Sensibilität wird normal und der Status generalis ist zufriedenstellend.

9. Gegen die Reaktionen wird keine Therapie eingeleitet, nur Limonaden und aromatische Getränke gegen den Durst verabfolgt.

10. Täglich wird der Körper mit einer lauen Lösung von Kalium-, Natron- oder Calcium permanganatum 1—2 : 1000 gewaschen; mit derselben Lösung werden auch die etwa vorhandenen Ulcera verbunden.

11. Die Diät hat keine spezielle Modifikation zu erleiden.

12. Bei acceleriertem Puls keine Injektion, ebensowenig bei Temperatursteigerung oder sonstiger abnormer Reaktion.

13. Die callösen Verdickungen der Füfse werden mit Salicylcollodium, die Mund-, Nasen- und Rachenaffektionen mit Bornatrium, die Konjunktiviten mit Kupfersulfatlösung (schwach) behandelt.

ad No. 4. Verfasser will zuerst die Häufigkeit der Elephantiasis bei jüngeren Leuten entgegen der herrschenden Ansicht bewiesen haben; ja selbst im embryonalen Leben kann die Affektion beginnen. Nach Anführung von 11 Fällen jener Art berichtet er über eine seltene Manifestation der Störung im Gesicht, welche er zurückführt auf eine Lymphgefäfsentzündung infolge Fehleisens Streptococcus, der durch die Placenta vom mütterlichen Organismus auf den Fötus übergewandert ist.

ad No. 5. Wie durch das Fluoroskop Metallfragmente etc., das Skelett, der Fötus im Uterus, Deformitäten der Knochen, Luxationen, Pseudarthrosen, Anchylosen, Exostosen, Ostitis, Osteomalacie, Rhachitis, Arthritiden, Osteophyten, Ossifikationen der Knorpel, Knochentumoren, Sarkome, Frakturen, sowie ihre Veränderungen beim Ossifikationsprozefs etc. erkannt werden können, so ermöglichen die X-Strahlen auch die Entdeckung der Blasensteine, namentlich die phosphorsauren Konkremente, die Sklerose der Arterien, indirekt auch seröse und purulente Ergüsse; ferner ist zu hoffen,

dafs die Kathoden-Strahlen auch einen direkt kurativen Effekt auf die zymotischen Erkrankungen haben, falls es gelingt, die pathogenen Bakterien lange genug der Einwirkung der Röntgenstrahlen auszusetzen.

ad No. 6. Varicen und Varicosis bilden eine hochgradige Plage für Leute reiferen Alters und eine Crux für den Arzt, und es giebt mit Ausnahme der malignen Proliferationen keinen Typus von schmerzhafteren und von ernsteren Komplikationen begleiteten degenerativen Alterationen des Haut- und Unterhautzellgewebes. Wie der Krebs, so manifestiert sich auch die Varikosis erst in reiferen Jahren des Lebens auf untrügliche Weise und wird schmerzhaft im Stadium der vollen Entwickelung, auch begleitet von Hämorrhagien, Thrombosis, Sepsis und funktionellen Störungen.

Abgesehen vom Varicentypus, der der Phlegmasia puerperalis folgt, findet sich die Affektion häufiger beim Mann als bei der Frau, häufiger am linken als am rechten Schenkel, unterhalb des Kniegelenks mehr als oberhalb und an den tiefen Venen öfters als an den superfiziellen.

Die Ätiologie der Varicen betreffend, giebt es konstitutionelle oder allgemeine Ursachen und lokale, prädisponierende und Gelegenheitsmomente. Zu den ersteren gehören: 1. Heredität, 2. physiologische Zustände, 3. Beschäftigung; zu den lokalen: 1. Blutcirkulationsstörungen, Hämostasis, 2. Trauma, 3. Infektion. Als weitere Faktoren sind zu nennen Defekte der anatomischen Entwickelung und trophische Alterationen.

Pathologisch beginnen die primitiven Veränderungen in dem Bindegewebe zwischen Serosa und Muscularis der Venen; sie sind zweifelsohne entzündlichen Charakters, dehnen sich nach innen aus und erfassen die Vasa vasorum, die, wie Brigury und andere gezeigt haben, zuweilen gewunden und aufs äufserste geschlängelt sind. Zunächst also entsteht eine Hyperplasie mit Resorption der muskulären Elemente, sowie Funktionsherabminderung und Dilatation des Schlauches, während die Klappenveränderungen denen der Gefäfswandungen nachfolgen.

Wenn die Gefäfse sich erweitern und die Klappen defekt werden, verlangsamt sich der Blutlauf; der Blutstrom wird dichter und zeigt Neigung zur Koagulation, auch verschliefst er an einigen Stellen völlig die Kapillaren; verschiedene Arten von Degeneration treten auf, von der Tunica an bis zu den resistentesten Geweben, selbst den Diaphysen der Knochen.

Seit dem klassischen Versuch von Vernbuil über Venenvarikositäten wird von den Pathologen jetzt allgemein angenommen, dafs die degenerativen Prozesse der Venen in den tiefen und intermuskulären Schichten beginnen und dadurch zu Neuralgien, Atrophien bestimmter Muskelgruppen und Verminderung der Muskelkraft der Glieder führen.

Das variköse Geschwür, diese Qual der arbeitenden Klassen, ist die indirekte Folge der Alteration der Venen. Die Vitalität aller Gewebe ist abgeschwächt, doch widersteht das Muskelgewebe am längsten. In vorgeschritteneren Stadien atrophiert die Haut, entzündet sich bei der geringsten Reizung und neigt zur Ulceration. Diese Geschwüre heilen gewöhnlich, doch bleibt die Ursache, die sie erzeugte, und es bilden sich neue, so dafs von einer definitiven Heilung nicht gesprochen werden kann.

Die schweren Folgezustände der Varicen sind dieselben wie bei ernsten Venenverletzungen, Hämorrhagien durch Gefäfsruptur, sodann Thrombose, anscheinend die weniger ernste, in der That aber die schwerste Störung. Es ist schwer, die wichtigen Konsequenzen, welche der Bildung von Venencoagulis folgen, zu beurteilen. Sind grofse Stämme obturiert, dann erfolgt ein Rückfluſs nach den Kapillaren; dieser verbreitet sich bis zu den Arterien und führt so allmählich zu seniler Gangrän, alles Resultate der schweren Zirkulationsstörungen.

Zuweilen löst sich das Coagulum los, tritt in den Blutstrom und obturiert die Pulmonalarterie oder einen ihrer Äste.

Die Phlebitis zeigt sich zweifellos als ein chronischer Zustand in allen Varietäten von Varicen, doch wird sie nur dann eine ernste Komplikation, wenn die eitrige Infektion sich auf die zentralen Gefäfse erstreckt. In diesem Fall überschwemmen die septischen Elemente die Lungen als Infarkte und allgemeine Infektionsherde der Lungenkapillaren.

Bezüglich der Symptomatologie ist folgendes erwähnenswert:

Die Phlebektasie hat, wenn die Affektion wohlcharakterisiert ist, einen einfachen Symptomenkomplex; in der Mehrzahl der Fälle sind die Schenkel in ihren superfiziellen Venen ergriffen.

Trotzdem erwachsen hier zuweilen diagnostische Schwierigkeiten, und zwar wenn eine ausgedehnte Dilatation der Vena saphena externa major vorliegt und eine Gefäfsmasse das Orificium crurale einnimmt. Irrigerweise hat man diesen Zustand schon als Hernie diagnostiziert und demgemäfs behandelt.

Die Versteckteit der Symptome ist noch gröfser, wenn die tiefen Kanäle ergriffen sind oder ihre Varicen auf dem Verlauf eines wichtigen Nervenstammes ruhen. In diesem Fall verwechselt man leicht den Varix mit einer Ischias; manchmal mit Rheumatismus, ganz abgesehen von den Diagnosen auf rein nervöse oder trophische Störungen, die man als primitive Alterationen auffafst, während die sekundären pathologischen Veränderungen die Gefäfse betreffen sollen. Die hauptsächlichsten Gründe für diese Hypothese sind in der Anwesenheit von Schmerz, Anästhesie oder Analgesie der Oberfläche zu suchen.

Sicherlich aber kommt man bei Verwechselung von Ursache und Wirkung zu einem unanfechtbaren Schlufs. Wer immer ein sorgfältiges Studium oder eine exakte Untersuchung vom experimentellen oder klinischen Standpunkte über die Zirkulation unternommen hat, weifs, dafs bei einem ernsten Störungshindernisse des Blutkreislaufes der Schmerz zu den ersten Symptomen gehört.

So wird bei einem Aneurysma der Femoralarterie die peripherische Sensibilität aufgehoben, und zwar sofort, der Fufs wird kühl, stumpf und in der Tiefe nagt ein dumpfer Schmerz; diese Phänomene lassen erst nach, wenn sich ein Kollateralkreislauf herstellt.

Üben wir eine Venenkompression von genügender Stärke auf ein Glied aus, so stellt sich sogleich Schmerz ein; das Glied wird livid und gefühllos, das arterielle Blut stagniert und eine lokale Asphyxie der Gewebe erscheint; die Ernährung stockt, dies ist der Zustand, der allmählich in ein völliges Absterben übergeht.

Die nervösen Symptome der Varicen sind in keiner Weise Ursache, sondern Folge, die verschwindet, wenn das Gewicht der Blutsäule entfernt wird, wie z. B. in der horizontalen Ruhelage der Körper.

Die Therapie der varikösen Venen und ihrer Komplikationen ist konstitutionell oder lokal, prophylaktisch, palliativ oder radikal. Man wird sich vergegenwärtigen, dafs die Varicen in ihrem Entstehen und ihrer Entwickelung nicht unähnlich der Bildung der Hernien sind; es sind dislocierte Organe; der Nachteil oder Schaden, den sie hervorbringen, hängt ebensosehr von ihrer Annäherung an benachbarte Gewebe, als von den Alterationen ihrer eigenen integrierenden Bestandteile ab. Unglücklicherweise stehen uns keine dauernden, sondern nur interimistische Mafsnahmen zur Verfügung in der Mehrzahl der Fälle; Binden oder andere Hülfsmittel dienen den Gefäfsen zum Schutz.

Nur in schweren Fällen tritt die Chirurgie in ihr Recht; es wird aber selbst dann noch oft ein operativer Eingriff verweigert, wenn dieser als alleiniges Hülfs-

mittel übrig bleibt. Mit genügenden Praekautionen lassen sich aber in der That die Gefahren vermeiden, und kann eine radikale Heilung in fast allen gut ausgewählten Fällen garantiert werden. Welcher Kontrast mit dem von Astley Cooper aufaufgestellten Prinzip, nach welchem er jede Operation an Venen streng verurteilte und erklärte, sich lieber in das Wagnis der Ligatur der Femoralarterie einlassen zu wollen, als die Vena saphena major zu behandeln!

ad No. 7. Verfasser will für die Behandlung der Urethralstrikturen, besonders der tieferen, eine von ihm bewährt und gefahrlos befundene, sowie leicht ausführbare Methode angeben. Er geht von dem Prinzip aus, dafs kontinuierlicher elastischer Druck die solchem ausgesetzten verdickten Gewebsbildungen zur Resorption anregt; und wendet es an, nicht nur für Dilatationen, die nötig werden infolge von entzündlichen Zuständen, sondern auch bei normalen Gewebsteilen.

Die kontinuierliche Elastizitätspression beseitigt schnell auch die spasmodischen oder nervösen Kontraktionen, indem sie offenbar die lebenden Gewebe ermüdet.

Diese Ansicht, sowie die darauf sich gründende Methode beanspruchen den Charakter der Neuheit in der Chirurgie.

Ihre operative Ausführung ist einfach, und werden dazu fast nur Instrumente von weichem Gummi elasticum benutzt; natürlich müssen dieselben skrupulös desinfiziert werden, dürfen keine Exkoriationen erzeugen, so dafs die Gefahr einer septischen Infektion völlig ausgeschlossen wird.

Die Striktur wird dilatiert, indem man eine derartige Sonde, welche das Kaliber derselben an Durchmesser etwas übertrifft, einführt und so lange darin liegen läfst, bis sie sich daselbst mit Leichtigkeit bewegen läfst; ist dies erreicht, so wird die Sonde durch eine dickere ersetzt und so fort bis zur Herbeiführung des gewünschten Resultats; die für die Permanenz eines jeden Instrumentes nötige Zeit variiert von 24 bis 48 Stunden. Die Katheter sind am besten von biegsamem Stoff und sehr klein, damit sie ohne Anstand die Striktur passieren.

ad No. 8. In der medizinischen Litteratur findet sich bis jetzt kein ähnlicher Fall verzeichnet, wiewohl infolge von operativen Eingriffen zuweilen eine diphtherische Infektion eingetreten sein mag.

Vor der diagnostisch-bakteriologischen Ära konnten derartige Verhältnisse leicht mit Erysipel, Gangrän oder einfachen post-operativen septischen Prozessen verwechselt werden.

Drei Fälle aus der Praxis von drei Chirurgen, bei Kindern nach der Circumcision, dienen zur Illustration. In zwei von diesen wurde die Diagnose durch den bakteriologischen Befund, sowie durch die klinischen Symptome bestätigt.

Im dritten Falle dienten letztere allein zur Begründung der Diphtherie.

Im ersten Falle übertrug sich die Infektion mit grofser Wahrscheinlichkeit von einer Halsaffektion, an der die Mutter der Kinder litt, als die Operation vollzogen wurde; beim zweiten Kinde erkrankten Mutter und Bruder des Patienten nach dessen Operation an Diphtherie, und mufs es hier zweifelhaft bleiben, ob die Infektion vom Patienten oder von Mutter resp. Bruder ausging; im letzten Fall ist ein Übertragungsmodus nicht eruierbar, doch mufs bemerkt werden, dafs das Kind später an Pharyngealdiphtherie erkrankte.

Alle Infektionen nach Circumcisionen, insbesondere bei Kindern, müssen einer bakteriologischen Untersuchung unterworfen werden, was sowohl im Interesse der Diagnose, als in dem der Therapie von Wichtigkeit ist, zumal durch die Behandlung mit Antitoxin und geeigneten lokalen Antiseptics ein günstiger Verlauf herbeigeführt werden kann. Der Katheterismus ist bei Gefahr der Verschleppung von Infektionskeimen in Urethra und Blase zu vermeiden.

ad No. 9. Dieser Vortrag wird in extenso im *Journ. des Malad. cut. et syph.* von Dr. Henry Fournier-Paris erscheinen.

Der Prostatismus beginnt gewöhnlich in der Jugend, wird stärker im mittleren Alter und kompliziert sich mit höchst gefährlichen, ja leider oft tödlichen Zuständen im Greisenalter.

Die primären Ursachen derselben sind zuweilen in der Masturbation, fast stets aber in der Blennorrhagie zu suchen.

Mangel an Behandlung von seiten des Kranken oder ungenügende Therapie, resp. falsches ärztliches Handeln andererseits führen zur Chronicität des Leidens. Unbedachte Excesse älterer Personen, gewisse Vernachlässigung der Affektion durch Ärzte, fehlende chirurgische Maßnahmen sorgfältiger und zeitgemäßer Natur erklären die trostlose Mortalität genannter Krankheit.

Zweifellos erzeugt die blennorrhoische Infektion die Prostatitis, doch ist es für viele, jedoch nicht für den Verfasser, noch eine Streitfrage, ob alle tiefen Urethritiden und besonders die sogenannte Cystitis des Blasenhalses, wirkliche Entzündungen der Prostata darstellen.

Der Prostatismus des jüngeren und reifen Alters gleicht der senilen Prostatitis nicht, da der pathologisch-anatomische Zustand der Urogenitalorgane in den verschiedenen Lebensaltern verschieden ist.

Beim jungen Mann und dem reifen, in der Fülle des Lebens stehenden Menschen herrscht die Fluxion, die Schwellung, wenn auch meistens oder häufig nur transitorischen Charakters, vor; entzündliche Zustände, Exsudate und Suppuration dominieren; beim älteren Individuum oder Greise tritt ein infektiöser Zustand des Blutes ein, bedingt durch Produkte unvollkommener Assimilation, die entweder nicht eliminiert werden oder sich in denjenigen chemischen Substanzen vorfinden, die nach Resorption aus eitrigen oder ammoniakalischen Fermentationen in den Blutkreislauf eintreten.

Die Symptomatologie der Prostatitis bei Leuten von 18 bis 45 Jahren entbehrt bis heute einer einheitlichen Auffassung. Die Lehrbücher und Schriften über Urogenitalaffektionen reden von Spermatorrhoe, von chronischer Prostatitis, die von vielen geleugnet wird, von tiefer Urethritis mit oder ohne Beteiligung der Samenkanäle, von Blasenhalsentzündung, von Blasen- oder Nierensteinen etc. etc., doch findet sich nirgends eine Theorie über die Abstammung des größten Teiles dieser Leiden von der Prostata.

Der Hauptzweck dieser Abhandlung besteht in der Herstellung einer einheitlichen Pathologie des urogenitalen Apparates, indem gezeigt wird, daß der Prostatismus als kausales Moment der größten Zahl diesbezüglicher Affektionen besteht, die bis dahin als sekundäre Störungen diagnostiziert und behandelt wurden. Auf diese Weise will Verfasser ein einheitliches symptomatologes Bild erhalten, das zu einer rationellen medizinischen oder chirurgischen Therapie führt. Während die interne Medizin nur einen sehr beschränkten Einfluß auf den Prostatismus und dessen Konsequenzen ausüben kann, ist es der chirurgischen Behandlungsmethode allein möglich, schnell und radikal den prostatischen Entzündungsprozeß zu heilen. Zu letzterer rechnet Verfasser antiseptische Spülungen, medizinelle Instillationen, den Katheterismus und die blutigen Eingriffe; namentlich den perinealen Schnitt, die Prostatotomie, die Curetage oder Auskratzung, sowie die mittelbare und unmittelbare Kanalisation.

Die senile Prostatitis ist von Guyon in so meisterhafter Weise geschildert worden, daß dieser Symptomatologie nichts hinzuzufügen ist.

Hinsichtlich Prognose und Therapie glaubt Verfasser seine eigenen, auf verbürgte Thatsachen gegründete Ideen zu haben.

Die Prostatahypertrophie ist zu mildern, oft ganz zu beseitigen.

Die urethrale Form soll durch ein Verfahren behandelt werden, das vom Autor „Enucleation" genannt wird.

Die vesikale Form erfordert bei hochgradiger Entwickelung die totale Extirpation der Protuberanz, sowie die Wiederherstellung des Blasentrichters. Seine Methode mit der galvanokaustischen Schlinge in vier Sektionen realisiert diese Indikation mit geringeren Gefahren und gröfserer Garantie der Heilung als alle bisher bekannten Verfahren. Zur Erleichterung der Technik der Operation schlägt er ein Instrument vor, das er Dilatationsspiegel der Blase nennt. Gründliche antiseptische Nachbehandlung ist selbstverständlich, besonders mit Permanganat- und Borsäurespülungen.

ad No. 10. Unter antiseptischer Saturation auf endermatischem Wege versteht der Autor eine therapeutische Methode, die darin gipfelt, den Organismus mit einem Antisepticum derart zu imprägnieren, dafs durch die Haut gradatim so viel, als sie überhaupt verträgt, resorbiert wird, ohne dafs eine Intoxikation κατ' ἐξοχήν resultiert. Er experimentierte im allgemeinen mit antiseptischen Substanzen, wie Karbolsäure, Alkohol, Hydrargyrum bichloratum und bijodatum, Chloral etc. bei infektiösen Erkrankungen, z. B. Gangrän, purulenter Infektion, Erysipel, Cystitis etc. etc.

In Fällen von Gangrän mit Substanzverlust und epidermidalen Erosionen vollzieht sich die Resorption durch die Haut und die verletzten Partien, in allen anderen Fällen durch die gesunde Haut — nach ihm ein Faktum.

Seine Methode besteht hauptsächlich in prolongierten Immersionen von bestimmter Temperatur, für spezielle Fälle giebt er besondere Regeln an.

Die Saturation beruht nicht auf einem bestimmt begrenzten Verfahren, noch stellt sie eine besondere Behandlung dar, die sich auf dieses oder jenes Medikament beschränkt, sondern ist eine Methode, anwendbar auf allgemeine und lokale infektiöse Erkrankungen, da sie je nach dem Fall das pathogene Agens sowohl am Entstehungsherde, als in seinen Verbreitungsbezirken und in der Blutbahn selbst vernichtet. Jedes lösliche und resorbierbare Antisepticum kann zur Verwendung kommen, es sei denn, es besteht eine spezielle Kontraindikation.

Zwischen der antiseptischen Saturation und der Intoxikation findet sich eine unbestimmte Grenze, welche der Praktiker nicht überschreiten darf. Vor Beginn der Behandlung mufs der Zustand der Nieren, sowie die Konstitution (Diathesis) sorgfältig eruiert, desgleichen müssen auch alle übrigen Organe und Zustände geprüft werden. Nach Einleitung der Methode dient die Beobachtung einer Reihe von Symptomen, der Puls, die allgemeine und lokale Temperatur etc. je nach der Affektion, sowie eine skrupulöse Analyse der eliminierten medikamentösen Substanz, wie sie sich in den verschiedenen Sekreten namentlich im Urin finden mag, als Hauptleiter der Behandlung.

Die Methode wurde erprobt besonders bei Gangrän, Pyämie, traumatischem Erysipel, Puerperalfieber und Urämie, bei Cystitis, parenchymatöser Keratitis und syphilitischen Affektionen.

Gegen die Gangrena gaseosa fulminante, eine in den Tropen wie Nicaragua sehr häufige und schwere Form, hat sich die Methode wirksamer erwiesen als die bekannte klassische Behandlungsweise und die chirurgische Intervention. Unter 70 günstigen Fällen hat er 20 persönlich beobachtet und demonstriert die geheilten Läsionen an Photographien.

Zwischen der antiseptischen Saturation und der gangränösen Infektion besteht ein Antagonismus so, dafs diese umgekehrt proportional jener ist. Die Temperatur und der Schmerz stehen immer in direkt proportionalem Verhältnis zur gangränösen Infektion und im umgekehrten zur antiseptischen Saturation; daher tritt der Patient

bei den Oscillationen der Behandlung aus dem Stadium der gangränösen Septikämie in das der leichten medikamentösen Intoxikation über.

Ein Kranker, der unter dem Einfluſs der letzteren ein bis zwei Grad Temperaturverminderung acht Tage lang hat, ist als gerettet anzusehen; dagegen gewährt ein Fall, der trotz der charakteristischen grünlichen Färbung des Urins und der übrigen Saturationssymptome einen bemerkenswerten Fieberabfall nicht zeigt, eine schwere Prognose. — Nur dann ist das septische Fieber als überwunden anzusehen, wenn sich die niedrige Temperatur 48 Stunden erhält.

Die Saturation durch ein Medikament schlieſst die Intoxikation durch ein anderes nicht aus.

Beim traumatischen Erysipel fällt die Temperatur und weichen die Schmerzen.

Bei der infektiösen Cystitis infolge von Trauma oder Fortpflanzung von anderer Stelle zeigt sich eine günstige Modifikation des Urins, Verminderung der schmerzhaften Symptome, Tenesmus und Dysurie, schlieſslich definitive Heilung.

In einigen Fällen sind die Attacken von Urämie direkt verhindert worden.

Bei der Keratitis parenchymatosa unbestimmten oder syphilitischen Ursprungs war die Besserung eine konstante und rapide, die Wiederherstellung ad integrum definitiv.

Die Ophthalmia purulenta wurde modifiziert, ebenso die Iritis und Iridocyklitis; auch wichen die syphilitischen Augenaffektionen sekundären oder tertiären Charakters, die anderen Methoden widerstanden, schnell der Saturationsmethode.

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1896. No. 11.

Dieses Heft enthält ausschlieſslich den genauen Bericht über die Sitzungen der französischen Gesellschaft für Urologie. Von den zur Diskussion gebrachten Themata seien folgende berücksichtigt:

I. Vergleich über den **Wert der Punktion und des hohen Blasenschnittes bei akuter Harnverhaltung.** Der Referent Legueu kommt hierüber zu folgenden Schlüssen:

1. Die im Hypogastrium ausgeführte Punktion stellt bei akuten Harnverhaltungen nur eine abwartende Methode dar. Sie gestattet nämlich, ohne Gefahren entweder die Wiederkehr der urethralen Durchgängigkeit abzuwarten oder auch die Vorbereitung zu einer schwierigeren Operation. In allen Fällen kann sie nützlich sein. Durchaus nicht passend ist sie bei den von Infektion betroffenen Protastikern und bei solchen Protastaleidenden, welche einen falschen Weg sich zugezogen. Sie muſs dann der Sectio alta weichen.

2. Der hohe Blasenschnitt ist unter den gleichen Bedingungen ganz im Gegenteil entweder eine wahre Behandlungsart oder ein Auskunftsmittel, zu dem man seine Zuflucht nehmen muſs, um die direkte Behandlung durchzuführen.

Der hohe Blasenschnitt drängt sich von allem Anfange an auf bei den akuten Harnverhaltungen der infizierten Prostatiker, in jenen Fällen, welche die Folge einer Verletzung der hinteren Harnröhre sind, oder dann, wenn der Allgemeinzustand so schwer sich darstellt, dafs jeder sich direkt wider die Ursache der Harnverhaltung selbst richtende Eingriff gefährlich sein würde.

Die Sectio alta ist angezeigt als nützlicher und oft unumgänglicher Ausweg, sobald bei einer Urethrotomia externa im Gefolge von Striktur oder Verwundung das Aufsuchen des hinteren Endes fruchtlos geblieben ist.

Im Verlaufe der Diskussion schliefsen sich die meisten Autoren im allgemeinen den Sätzen des Referenten an. Im einzelnen wurde dann von verschiedener Seite hervorgehoben, dafs man bei Prostata-Hypertrophie und Verengerungen nicht zu früh punktieren solle; es seien die verschiedenen Arten des Katheterismus zu erschöpfen, so das Katheterisieren mittelst feiner, in Bündelform einzuführender Instrumente, die Mercier-Katheter, die Verwendung der Mandrins mit verschiedenen Krümmungen. Auch die sonstigen Mafsnahmen, welche eine Herabsetzung der Kongestion bewirken könnten, seien nicht zu verabsäumen. Einzelne Autoren waren trotz langer Erfahrung gar nie zur Vornahme der Punktion veranlafst worden. Während nun von einigen Seiten die freilich nur selten eintretenden Gefahren der Punktion hervorgehoben wurden, konnten andere versichern, bei zahlreichen Punktionen keinen Nachteil gesehen zu haben.

So erwähnte Potherat, dafs er bei einem 72 Jahre alten Mann mit enormer Prostata wegen völliger, schon mehrere Tage bestehender Harnverhaltung bei dem Mifslingen des Katheterismus die Punktion ausführte und dann in $9^1/_2$ Tagen 28mal ohne Schaden wiederholte. Endlich eröffnete er die Blase durch den hohen Schnitt, aber der Katheterismus gelang auch dann nicht, jedoch war der Kranke mit seiner hypogastrischen Blasenöffnung zufrieden, Carlier konnte bei einem Kranken mit schon infizierter Blase im Zeitraum von vier Tagen ungestraft sechzehn Punktionen ausführen, wobei die Blase nach jeder Punktion ausgespült wurde. Als ihm endlich die Einführung des Katheters glückte, war die vorher infizierte Blase aseptisch geworden.

Pousson nimmt zum Zweck der Indikationsstellung zwei Kategorien von Harnverhaltung an, solche dynamischer und solche mechanischer Ordnung. Die ersteren, die häufigeren, welche z. B. bei den Strikturkranken und den Prostatikern im Verlaufe der akuten Blennorrhoe oder auch im Gefolge einer Operation in der After-Genital-Gegend vorkämen, seien für die Punktion in Betracht zu ziehen. Durch eine einzige Punktion könne oft genug die Kongestion oder der Spasmus beseitigt und die Katheterisierung möglich werden.

Dagegen verlangten die Harnverhaltung mechanischer Ordnung, wie sie bei sehr engen Strikturen, Fremdkörpern und schweren Verletzungen des Kanals vorkämen, die Sectio alta, wenn man nicht schon nach wenigen Tagen das Hindernis für den Harnabfluſs beseitigen könne. Die oberhalb der Schamfuge angelegte neue Harnröhre kann für längere oder kürzere Zeit bestehen bleiben. Sie sei besser, als wenn man wochenlang die Punktion übe. Doch biete diese letztere, mit Capillar-Trokart und Aspirateur antiseptisch ausgeführt, keine Gefahr dar. Unter Zuhülfenahme von antiseptischen Spülungen würde sich auch die Asepsis erhalten und die Sepsis umstimmen lassen. Aber dann, bei infizierter und alter Blase, sei der Blasenschnitt vorzuziehen.

II. **Polypen der Harnröhre und Blase bei der Frau.** Abtragung der Geschwülste durch Urethrotomia externa und hohen Blasenschnitt. Zeitweilige hypogastrische Öffnung. Heilung. Von Reboul.

Der Fall rechtfertigt wegen seiner Seltenheit eine kurze Besprechung. Er betrifft eine 35jährige Frau, welche wegen verschiedener Harnbeschwerden ins Hospital kam. Es bestanden Harndrang, Schmerzen beim Urinieren und Blutabgang bei dem Urinieren. Die Untersuchung ergab einen nufsgrofsen Polypen am Harnröhren-Eingang. Mit Rücksicht auf die eitrige, ammoniakalische Beschaffenheit des Harns, die Blutungen und Harnverhaltung wurde operativ vorgegangen. Die untere Wand der Harnröhre wurde inzidiert und so Raum geschaffen, um mittelst scharfen Löffels und Galvanokauters den nur in der Harnröhre selbst befindlichen Tumor zu entfernen. Siebzehn Tage nach der Operation war die Patientin geheilt.

Aber schon vier Monate später suchte die Frau von neuem das Krankenhaus auf. Es hatte sich nämlich am Harnröhreneingang ein Rezidiv des Polypen eingestellt, ferner schien jetzt auch die Blase ergriffen zu sein. Fieber, Abmagerung, Harnverhaltung, Blutungen, Schwierigkeit beim Katheterismus bestanden. Sobald durch Spülungen mit Höllenstein der Urin gebessert war, wurde zur Sectio alta geschritten. Dieselbe ergab in der That das Vorhandensein dicker Neubildungen in der vorderen Blasenwand und am Blasenhals. Excision, galvanokaustische Verschärfung der Einpflanzungsstellen. Drainage der Blase. Die Wucherung in der Harnröhre verkleinert sich, obwohl zunächst nicht operiert (!). Die Blasenöffnung im Hypogastrium wurde fünf Wochen lang offen erhalten, um die Harnröhre zu schonen. Als die Patientin etwa sieben Wochen nach der Operation das Spital verliefs, war sie, abgesehen von der kleinen Harnröhrengeschwulst, geheilt. Diese letztere liefs sie sich endlich vier Monate später mittelst scharfen Löffels entfernen. Ein Jahr nach der zweiten Operation war ein Rezidiv noch nicht vorhanden.

III. **Über die örtliche Anästhesie mittelst Eukaïn**, von Leguen. Die geringere Giftigkeit des Eukaïn und dessen Sterilisierbarkeit haben Leguen veranlafst, dieses Mittel an Stelle des Kokaïn zu verwenden. Die geringere Giftigkeit ergaben folgende Versuche: 6 cg Cocaïni hydrochlorici töteten ein Meerschweinchen, während 8 cg Eucaïni hydrochlorici bei einem Tiere gleichen Gewichtes und unter den nämlichen Bedingungen erst nach 1½ Stunden den Tod herbeiführten. Eukaïn ist ein beständigerer Körper als Kokaïn, läfst sich in Lösungen kochen, ohne sich zu zersetzen. In der anästhesierenden Wirkung ist Eukaïn dem Kokaïn mindestens ebenbürtig. Leguen verwandte gewöhnlich 1%ige Lösungen, entsprechend den Ratschlägen und der Technik von Reclus. Ein Unfall kam dabei nicht vor. Mehr als 8 (0,08) cg wurde nie verwendet, Demars injizierte einmal 14 cg in eine Tunica vaginalis, ebenfalls ohne Schaden.

Bei den kleinen urologischen Operationen, wie Dilatation. Urethrotomie spritzt Leguen in die Harnröhre 3—5 cg Eukaïn ein, für die Cystoskopie verwendet er eine schwächere Lösung, nämlich 1:1000, hiervon werden 60—80 g injiziert, d. h. 6—8 cg Eukaïn. Diese Dosis dürfte leicht erhöht werden, Göbl hat bis zu 2 g Eukaïn in die Blase gebracht.

Schliefslich macht Leguen auf die hyperämisierende Wirkung des Eukaïn aufmerksam und rät zu Vorsicht bei Hyperämie und Blutungen, wo es eventuell nicht angewendet werden darf.

IV. **Abortivbehandlung des Trippers**, von J. Janet. Derselbe macht zunächst aufmerksam, um wieviel günstiger wir heutzutage, seit Entdeckung des Gonococcus, in ätiologischer Hinsicht zu dieser Frage gestellt sind. Persönlich bezweifelt er, ob diejenigen Autoren, welche das Thema behandelten, von Musitan bis zu Diday, mit wirklicher Blennorrhoe zu thun hatten; es scheint ihm wahrscheinlicher, dafs dieselben nur gegen einfache Reizungen der Harnröhre kämpften oder höchstens gegen solche,

die von anderen Mikrobien als dem Gonococcus hervorgerufen waren. Immerhin wünscht JANET, es möchten zur Aufklärung die von den früheren Autoren beliebten Maßnahmen (hohe Dosen der Balsamica, Verwendung des Sublimat, Arg. nitricum in verschiedener Anwendungsform etc.) neuerdings sorgfältig nachgeprüft werden.

Er wendet sich nun zur Besprechung seiner eigenen, bekanntlich vielbenutzten Methode, welche beabsichtigt, in möglichst kürzerer Zeit als bisher durch Spülungen mit Kalium permanganatum die Heilung der Blennorrhoe zu erreichen. JANET hält sie nicht eigentlich für eine abortive Methode, eine solche müßte rapid und schon nach einmaliger Verwendung das Ziel erreichen, während doch die Methode JANETS nur langsam und fortschreitend zur Wirkung käme, also ähnlich den Behandlungsweisen, welche auch bei späterem Stadium des Trippers benutzt würden.

Absichtlich hat JANET in diesem Vortrage eine Statistik seiner Fälle beiseite gelassen und giebt hierfür die Gründe an; es schien ihm zweckmäßiger, eine allgemeine Übersicht nach den von ihm gewonnenen Eindrücken zu geben; diese enthält folgendes:

„Wenn man einen beginnenden Tripper vor sich hat ohne heftige entzündliche Zeichen von seiten der Harnröhre, wenn man das Vorhandensein eines extra-urethralen Herdes des Harnröhreneinganges nicht übersieht, wenn der Kranke nüchtern und pünktlich ist und die zur Heilung nötige Zeit gewährt — dann erreicht man sicherlich die Heilung in 8 bis 12 Tagen. Wird hierin ein Fehler begangen, so verzögert sich diese Heilung, aber während der ganzen Zeit wird die Entwickelung der Gonokokken eingeschränkt, werden weitere krankhafte Veränderungen der Harnröhre unterdrückt. In Gegenwart und Zukunft werden die Komplikationen hintangehalten und nach Beendigung der Behandlung, selbst wenn sie 2 Monate gedauert hätte, wird der Patient seine Harnröhre so anatomisch gesund wiederfinden, als sie vor der Ansteckung war. Und zwar deshalb, weil die durch die successiven Spülungen beunruhigten Gonokokken wohl für längere Zeit noch in der Harnröhre verbleiben, aber nicht mehr Muße haben können, krankhafte Veränderungen in derselben zu erzeugen.

Diese Behandlungsweise wird nicht in allen Fällen, in denen sie angezeigt wäre, durchführbar sein, es müssen eben Patient und Arzt in aller Pünktlichkeit zusammenarbeiten."

In der sich nun anschließenden Diskussion bemerkt VIGNERON, daß er unter 12 Fällen frischer, d. h. weniger als 36 Stunden bestehender Urethritis mit Gonokokken 9 mal völlige Trockenheit des Harnröhrenkanals binnen 6 bis 10 Tagen resp. nach 6 bis 10 Spülungen erreicht habe. Bei diesen Kranken habe er erst 2 Tage, nachdem er keine Gonokokken mehr gefunden, die Spülungen ausgesetzt. Diese 9 Kranken blieben nach 14 Tagen gewöhnlicher Lebensweise auch gesund. Bei einem Patienten, bei welchem die Spülungen am gleichen Tage aufgegeben wurden, da sich keine Gonokokken mehr nachweisen ließen, zeigte sich schon am anderen Tage ein Rezidiv, das nach 8 Tagen beseitigt wurde. Bei den 2 letzten Patienten waren 14 Spülungen nötig, um die Harnröhre völlig trocken zu machen.

Bei vielen anderen Urethritiden mit Gonokokken hat VIGNERON ebenfalls die Methode geprüft. Es waren Fälle, die verschieden lange, jedenfalls länger als 36 Stunden bestanden, alle frei von Komplikationen. Hier brauchte VIGNERON 15 bis 30 Tage, bis die Gonokokken schwanden. Der dann noch bestehende seröse-schleimige Ausfluß wurde ebenfalls durch weitere Spülungen zum Versiegen gebracht.

GUIARD bekennt sich ebenfalls als Freund der JANETschen Methode, tritt jedoch für schwächere Dosierung der Kalium permang.-Lösungen ein, z. B. für solche von 1:10000, 1:6000, 1:5000. Gerade bei den stärkeren, den klassischen Lösungen, wie 1:2000 bis 1:1000 hat er manchmal ein stärkeres Auftreten der Gonokokken beob-

bachtet, während dieselben bei Verwendung der schwächeren verschwanden. Ja sogar üble Zufälle stellten sich bei der höheren Dosierung ab und zu ein, wie heftige Schmerzen, vermehrter Ausfluſs, einmal Urinverhaltung mit Unmöglichkeit des Katheterismus. Es muſste punktiert werden. In einem anderen Falle trat Cystitis und Prostatitis ein.

Was die Technik betrifft, so will er an Stelle der durch Druck wirkenden Apparate eine passende Handspritze verwendet wissen, mittelst welcher der Arzt eher im stande sei, der Individualisierung in Bezug auf Empfindlichkeit und Widerstand Rechnung zu tragen.

Weiter macht Guiard aufmerksam, man solle nicht unterschiedslos die Spülungen benutzen, sondern nur im Anfange; schlecht seien sie vom vierten Tage an, für jenen Zeitpunkt, der früher als nicht unterdrückbare Periode bezeichnet wurde. Für diese Zeit sei die bisher von Fournier geübte Methode auch weiter empfehlenswert.

Noguès hebt besonders hervor: Man solle diese energische Methode wohl im Anfange verwenden, es dürfe jedoch nur gonokokkenhaltiger Ausfluſs bestehen, aber ja kein lebhafteres Symptom, wie Ödem der Vorhaut und der Lippen des Eingangs oder schmerzhaftes Urinieren, empfindliche Erektionen. Unter 18 Fällen, die richtig ausgewählt waren, hat 7 mal völlige Heilung erzielt, darunter 1 mal nach nur einer einzigen Spülung in der Stärke 1:4000, sonst waren 12 bis 23 Spülungen nötig. Die Miſserfolge schreibt Noguès dem ausschlieſslichen Gebrauche des Kalium permanganicum zu. Ihm sei wahrscheinlich, daſs auch andere Mittel, z. B. Argentum nitricum, Quecksilber-Oxycyanür u. a. zum Ziele führen würden, wahrscheinlich verlangen die verschiedenen Harnröhren eine individualisierende Berücksichtigung, wenn auch vielleicht das Kalium permanganicum für die meisten passe.

Guiard erwidert hierauf, daſs er zum Zwecke der antiseptischen Spülungen verschiedene Medikamente geprüft habe, z. B. das Calcium permanganatum, das Kalium bichromatum, Sublimat, aber ohne Erfolg, sie erreichen im Kampfe gegen die Gonokokken das Kalium permanganicum nicht.

Eraud verlangt, daſs man von Heilung nur dann spräche, wenn jede Feuchtigkeit fehlt und jeder Gonococcus geschwunden. Aber die Latenz der Gonokokken zeige sich oft genug. Die Janetschen Spülungen zögen auch oftmals die Krankheit in die Länge, milderten bloſs die Erscheinungen, dann besäſsen sie gewiſs keinen Vorzug vor der klassischen alten Methode. Auch er glaubt, daſs es Mittel gäbe, die noch wirksamer als das Kal. permang. den Gonococcus beeinflussen könnten, z. B. verschiedene Anilin-Derivate.

Desnos versteht unter abortiver Behandlung diejenige, welche den Kranken verhindert, auch nur das rechte Stadium durchzumachen, ferner, welche den Charakter derselben umstimmt und die Natur der Absonderungsprodukte verändert. Diese Behandlung ist nur in den ersten Stunden der Krankeit anwendbar, die Kranken, welche unter diesen Verhältnissen zum Arzte kommen, sind selten.

Er verwirft jede andere Behandlung als die örtliche und glaubt, daſs die anders gewonnenen Erfolge auf Urethritiden sich beziehen, welche nicht dem Gonococcus ihren Ursprung verdanken. Man solle nur passende Lösungen von kaustischen und antiseptischen Mitteln verwenden. Seinerseits hat er mit Argentrum nitricum und Sublimat Versuche angestellt, diese fielen aber nicht so günstig aus, wie die Spülungen mit Kalium permanganicum. Zum Zwecke der Abortivbehandlung solle man aber nur die Pars anterior damit behandeln, da ja die Infektion in den allermeisten Fällen vor dem dritten oder vierten Tage die Pars membranacea nicht überschreite. Den Beweis hierfür bringe ihm die eigene Erfahrung: unter 18 Fällen, welche am ersten und

zweiten Tage der Blennorrhoe ausschliefslich mit Spülungen der Pars anterior behandelt wurden, gelangten 17 dadurch allein zur Heilung.

Desnos bevorzugt ebenfalls die Spritze, nur verschliefst er die Harnröhrenmündung nicht so fest, damit die Flüssigkeit leicht abfliefsen könne. Er bedient sich stärkerer Grade bei den Kalium permanganicum-Lösungen als Janet, zunächst 1:500, wovon ½ Liter eingespritzt wird, nach 12 Stunden der gleichen Dosis, am anderen Tage 1:1000, wenn die Reaktion nicht zu lebhaft ist, und endlich am dritten, vierten und fünften Tage einer Lösung 1:5000. Die Gonokokken verschwanden manchmal schon nach der ersten Spülung, gewöhnlich zwischen dem zweiten und dritten Tage. Wenn nach dem Verschwinden der Gonokokken noch ein farbloser oder weifsgelblicher Ausfluſs vorhanden war, liefs Desnos die Spülungen mit Kalium permang. beiseite und spülte mit Sublimat 1:10000; verzögerte sich die Heilung, wurde Zincum oder Cuprum sulfuricum benutzt.

Guiard erklärt die wenig günstigen Erfolge Erauds dadurch, dafs dieser nicht beide Harnröhrenpartien mit den Spülungen behandelt habe; es sei aufserordentlich schwer (?) festzustellen, in welchem Moment die Infektion die hintere Harnröhre befallen habe, daher sei oft genug die Spülung des ganzen Kanals nötig.

Für die Diagnose der Heilung erlangte er sichere Anhaltspunkte: es dürfe absolut keine Sekretion mehr vorhanden sein, kein Faden, kein Krümelchen im Morgenurin; auf Biergenufs hin und bei der gewöhnlichen Lebensweise dürfe irgend eines dieser Symptome nicht erscheinen.

Janet bemerkt in seinen Schlufsworten unter anderem: In den fünf Jahren, seitdem er seine Methode übe, habe er keinen Fall von Striktur gesehen bei solchen Patienten, die mit dieser Methode behandelt worden waren.

V. **Über das chirurgische Eingreifen im Verlaufe von eitrigen Harnröhrenentzündungen,** von Vigneron. In diesem Vortrage tritt Vigneron dafür ein, dafs man früher, als sonst es beliebt sei, instrumentell nach den Ursachen einer längere Zeit bestehenden eitrigen Urethritis forsche und nöthigenfalls eine chirurgische Behandlung folgen lasse, nicht blofs mit oberflächlich wirkenden Mafsnahmen allzulange sich begnüge. Strikturen, angeborene wie erworbene, Verengerungen des Orificium, Divertikeln der Harnröhre, para-urethrale Fisteln und zwar angeborene wie solche traumatischen und infektiösen Ursprungs, fremde Körper — alle diese Momente könnten zu eitrigen Urethritiden Veranlassung geben. Dann kämen Dilatationen, Incisionen des Harnröhreneingangs, der Fisteln, ferner die Urethrotomia in Betracht und brächten in Verbindung mit antiseptischen Spülungen wohl stets die Urethritis zum Verschwinden. Bemerkenswert erscheint, dafs Vigneron die Urethrotomie auch für solche Strikturkranke vorschlägt, bei denen die fortgesetzte Dilatation bedeutende Schmerzen hervorruft (!). 15 Krankengeschichten dienen als Belege für seine Ansichten.

Guiard warnt vor derartigen chirurgischen Eingriffen, solange noch Gonokokken vorhanden, und macht besonders auf die dann leicht erfolgende Hodenentzündung aufmerksam.

VI. **Blennorrhoe und Prostatismus,** von Eraud. Derselbe weist auf die Beziehungen hin, welche seiner Ansicht nach zwischen der Blennorrhoe, als einer Jugendkrankheit, und den prostatischen Zufällen, als Alterskrankheit, bestehen. Es fänden sich nämlich bei alten Leuten von 55—70 Jahren, welche über gewisse Urinbeschwerden klagten, krankhafte Veränderungen und Symptome, welche auf mehrere Jahre zurückführten. So ist man oftmals geneigt, Prostatahypertrophie zu diagnostizieren und danach zu handeln, weil bei dem betreffenden alten Mann Schwierigkeit beim

Urinieren, Schmerz vor demselben, häufigeres Harnlassen, besonders nachts vorhanden sind. Läfst man aber den Harn länger zurückhalten, untersucht die noch so geringe Absonderung namentlich auf Druck auf die Prostata, bedient sich der Zwei-Gläser-Probe — so ist man erstaunt, Krümel und Fäden von verschiedener Stärke zu finden, die in einem leicht getrübten Harn schwimmen. Untersucht man diese Fäden mikroskopisch, so findet man sie reich an Schleim und Leukocyten und manchmal auch zerstreut oder in Gruppen Gonokokken. Man hat also eine mehr oder weniger alte Blennorrhoe vor sich. Weiter findet man vom Mastdarm aus, dafs die Prostata, auch wenn sie vergröfsert ist, doch nicht die derbe, fibröse Härte darbietet, wie eine wirklich hypertrophierte Prostata. Auch die Behandlung giebt Anhaltspunkte. Entleert man nämlich bei solchen Patienten den Harn mittelst Katheter, so empfinden sie dies öfters nicht als Wohlthat, sondern als einen Reiz, während beruhigende Mittel und solche, welche die Kongestion bekämpfen (Suppositorien, Eingiefsungen, Einträufelungen), für die Entleerung des Harns und die Urinfrequenz bessernd einwirken. Man kann also eine wahre Prostatahypertrophie bei solchen Patienten nicht annehmen. Die echte Prostatahypertrophie schliefst das Fibrom und die Kongestion in sich, letztere kann auch die Blennorrhoe herbeiführen. Deshalb giebt es auch Mischformen. Je nachdem das eine oder andere Element vorherrscht, wird dann auch die Reaktion auf die jeweilige Behandlung verschieden sein. Genauere Untersuchungen und Einteilungen dürften nötig werden.

VII. **Eine Prothese für den Hoden nach Kastration**, von Carlier. Wie so viele Ärzte hat der Vortragende öfters bemerkt, wie deprimierend auf die Kastrierten der Verlust ihrer Hoden einwirkt. Er versuchte deshalb im Juli 1895 bei einem 44jährigen Mann, der kastriert werden mufste, durch Einfügung eines künstlichen Hodens diesem Patienten eine beruhigende Illusion zu verschaffen. Dieser von Collin aus Silber gefertigte Hoden wurde natürlich aufs Sorgfältigste desinfiziert, nach völliger Resektion der Tunica vaginalis an die Stelle des entfernten gebracht, in eine Art Zelle eingenäht, die Haut wurde durch eine weitere Reihe von Nähten geschlossen. Drainage blieb weg. Der Erfolg war glatt, zehn Tage nach der Operation war der Kranke geheilt und stand auf. Ein Jahr später sah Carlier den Operierten wieder, der künstliche Hoden war ziemlich beweglich, wurde gut getragen. Freilich war dem Patienten durch die Indiskretion eines Wärters die beabsichtigte Illusion zerstört worden. Bemerkenswert erscheint noch, dafs der rechte Lappen der Prostata eine fast völlige Atrophie erfahren hat. Carlier giebt den aus Metall gefertigten Ersatzhoden, die etwa 12 g Gewicht besitzen, den Vorzug vor solchen aus Seide, Kautschuck oder Celluloid; die letzteren würden im Laufe der Zeit durch die örtlichen Absonderungen mehr gereizt, auch leichter nach oben gezogen, zum Leistenring.

Loumeau hat ebenfalls zweimal aus gleichen Beweggründen Hodenprothesen eingesetzt, indem er kleine eiförmige Stücke von locker geflochtener Seide verwendete. Nach seinen Erfahrungen erträgt gerade die von Carlier verdächtigte Tunica vaginalis den Reiz des Fremdkörpers besser als die aufserhalb der Tunica befindlichen Hüllen, welche die Fremdkörper austreiben. Die von ihm eingesetzten eiförmigen Gebilde ähnelten anfangs sehr den Hoden, aber bald schrumpften sie ein und wurden hart wie Steine. Loumeau will künftig mit hohlen aus Kautschuck gefertigten Eiern einen Versuch machen, diese hält er für passender

VIII. **Wert der Resektion der Samenleiter bei Prostatahypertrophie**, von Carlier. Bekanntlich haben einige Chirurgen durch die Resektion der Samenleiter bei Prostatikern mit akuter und chronischer Harnverhaltung befriedigende Re-

sultate erzielt. Daraufhin sah sich CARLIER veranlafst, in sieben Fällen diese Operation auszuführen, sechsmal bei Prostatahypertrophie, in einem Falle bei einem nicht an der Prostata Leidenden, einem 62 Jahre alten Manne, der wegen Dysurie infolge einer weiten Striktur in der Pars perinealis ins Spital kam. Aber ganz wider die Erwartung urinierten die Kranken nach der Operation nicht besser, ihre Dysurie blieb bestehen, nur hellte sich bei drei Patienten der Urin auf; aber diese Besserung ist wohl der Ruhe und empfohlenen Hygiene zuzuschreiben. Die Resektion wurde ergiebig gemacht, wenigstens 8 cm (!) entfernt, die begleitende Arterie mit excidiert. CARLIER glaubt, dafs die anderwärts erzielten günstigen Erfolge wohl wesentlich den sonstigen Mafsnahmen: passendem Katheterismus, der Diät, Hygiene zuzuschreiben seien, nicht aber der Operation. Merkwürdigerweise erfuhr jedoch der oben genannte Patient mit Striktur, welcher mit Rücksicht auf seine Dysurie die Urethrotomia schon überstanden hatte, aber ohne Erfolg, jetzt durch die Resektion der Samenleiter eine wesentliche Besserung. Seine Blase funktioniert seitdem viel besser. CARLIER wirft deshalb die Frage auf, ob es sich etwa um eine Hemmungswirkung auf den Blasenmuskel handle? *Neuhaus-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über den diagnostischen Wert des lokalen Temperaturnachweises bei Affektionen der Urethra und Prostata, von BARBUCCO. (*Gazz. degli osp. e d. clin.* 1896. No. 29.) Von der Voraussetzung ausgehend, dafs überall da wo sich entzündliche Prozesse abspielen auch Temperaturerhöhungen konstatiert werden müssen, hat Verfasser eigene thermoskopische Urethral- und Rektalsonden konstruiert, welche ihm die wertvollsten Dienste in Fällen von latenten chronischen Entzündungen der Urethra posterior (Prostata, sexuelle Neurasthenie) geleistet haben sollen, wo diese Affektionen sonst weiter keine Erscheinungen machten. Zur Vermeidung von Irrtümern hat Verfasser die Temperatur von Urethra und Rectum mit derjenigen der Axilla genau verglichen und unter normalen Verhältnissen eine Differenz von 0,05—0,1° gefunden. Temperaturschwankungen, welche diese konstanten Grenzen überschreiten betrachtet er als pathologisch. Als Momente, welche die Temperaturerhöhung bedingen, sind nun nach B., nicht allein die entzündlichen Vorgänge zu bezeichnen, sondern zu einem guten Teile die Muskelaktion, die Drüsenthätigkeit und nervöse Einflüsse. Der beiden ersteren Momente Einfluſs ist bei einem so muskel- und drüsenreichen Organe wie die Prostata leicht erklärlich. Die Temperaturerhöhungen in der Urethra bei sexualer Neurasthenie zeigen uns, welchen Einfluſs das Nervensystem auf die Temperatur ausübt. *C. Müller-Wallisellen.*

Über intraepitheliale Drüsen der Urethralschleimhaut. Vorläufige Mitteilung, von G. KLEIN und K. GROSCHUFF. (*Anat. Anzeiger.* 1896. No. 8.) MAYER nannte „intraepitheliale Drüsen" solche, die in ihrer morphologischen Stellung den Übergang bilden von einzelnen Becherzellen zu den einfachsten alveolären Einzel-

drüsen. Sie sind vollständig zwischen die Zellen der Epithelschicht eingebettet. Verfasser weisen nun darauf hin, dafs solche Gebilde in der weiblichen Urethra von 1—3jährigen Mädchen zahlreich zu finden sind, ohne sich über die Bestimmung derselben bestimmt zu äufsern. Sie mögen nur sekretorische Organe sein, oder auch nervösen Funktionen gleichzeitig dienen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Glaskanüle zur Spülung der Harnröhre, von TUFFIER. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 5.) Das kleine Instrument hat einen ähnlichen Bau, wie die Glocke am ZÜLZERschen Spülkatheter, nur ist es ganz aus Glas gefertigt. Durch die Ansatzkanüle strömt die Flüssigkeit in die Harnröhre, tritt von da in die Glocke zurück und wird durch die zweite Kanüle mittelst Schlauch in ein Gefäfs geleitet. Die bei den JANETschen Spülungen häufig erfolgende Beschmutzung wird dadurch leicht vermieden. *Neuhaus-München.*

Harnröhren-Instrumente aus Glas, von JOSEF GRÜNFELD. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1896. No. 24.) Verfasser hat die verschiedensten Harnröhren-Instrumente aus Glas herstellen lassen und ihre Brauchbarkeit erprobt. Kurze Glaskatheter für Männer zur Ausführung tiefer Injektionen haben sich ebenso bewährt wie längere zur Evacuation und Ausspülung der Blase. Erstere können alle anderen kurzen Katheter ersetzen, letztere werden natürlich die elastischen Instrumente nicht immer zu verdrängen vermögen.

Die Nummern 15—22 Charrière wurden verwendet. Die Glaskatheter für die weibliche Urethra sind am besten ganz gerade und dienen auch zur Ausspülung der vorbullösen Urethra beim Manne; besonders geeignet sind stärkere Nummern. Ein mangelhaftes Regurgitieren der durchgespülten Flüssigkeit zeigt oft eine beginnende Striktur an.

Gut sind auch Endoskope aus Glas mit entsprechendem Glaskonduktor; die Wände sind $^3/_8$ mm stark. Dieselben sind beim Verfasser fast ausschliefslich im Gebrauch, erfüllen den Zweck und haben nie irgend welchen Schaden gebracht.

Glassonden von 10—30 Charrière eignen sich sehr gut zur Dilatation von Strikturen und zu Sondenkuren. Sie werden jetzt auch konisch und geknöpft hergestellt. Leicht aus Glas herzustellen sind auch die DITTELschen Stifte, ebenso wie die WEINBERGschen Dilatatoren zur Erweiterung des Orificium externum urethrae.

Der Hauptvorzug dieser Instrumente ist die prompte Desinfektion durch Kochen in Sodalösung und Aufbewahrung in 1‰iger Sublimatlösung. Zur Aufbewahrung geeignet sind Präparatengläser, in die zum Teil Stative hineingesetzt sind. Die gebrauchten Glasinstrumente werden in Salzsäure eingetaucht, abgespült und dann gekocht.

Eine Einfettung der Glasinstrumente ist nie nötig, zuweilen bringt man einen Tropfen Glycerin in die Urethralmündung.

Dank der glatten Oberfläche reizen die Glasinstrumente nur sehr wenig.

Die Furcht vor der Zerbrechlichkeit der Instrumente ist ganz unbegründet, wie den Verfasser die über 5 Jahre ausgedehnten Erfahrungen lehren. Dieselben werden hergestellt von Paul Haack (Wien IX, Mariannengasse 2).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Als therapeutischen und instrumentellen Beitrag beschreibt BARRUCCO einige von ihm nach dem Prinzipe der WINTERNITZschen **Kühlsonden** konstruierten Instrumente, die er mit Vorteil **bei verschiedenen Affektionen der Urethra, der Prostata und des Rectums** (chron. Urethritis, Nachbehandlung der Urethrotomie, hypertrophische Zustände, Hämorrhoiden, Hämorrhagien, Neuralgien, Impotentia coeundi, Atonia intestinalis etc.) angewendet hat. (*Raccoglitore med.* 1896. Bd. XXI.)

C. Müller-Wallisellen.

Barbucco beschreibt einige neue Sonden, die er bei der **elektromagnetischen Behandlung der nervösen Affektionen des Geschlechtsapparates, speziell bei der Neurasthenie** empfiehlt. (Bologna, 1896.) *C. Müller-Wallisellen.*

Urethritis infolge von Masturbation, von Faitout. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 4.) Der ausführlichen Krankengeschichte sei folgendes entnommen: Ein 18jähriger Jüngling kommt mit einer Urethritis acuta ins Krankenhaus. Er behauptet seit 10 Monaten keinen geschlechtlichen Verkehr mehr gehabt zu haben. Ausfluſs hätte er noch nie bemerkt, erst seit einigen Tagen im Anschluſs an häufige und lange dauernde Masturbationsleistungen sei der Ausfluſs entstanden. Klinisch und mikroskopisch muſste man durch Gonokokken bedingte Urethritis annehmen, welche unter der „klassischen Behandlung" in einem Monate verschwand. Die einfachen und Doppelfärbungen der Präparate hatten die Anwesenheit der Gonokokken im Sekret mit Sicherheit nachgewiesen, dagegen blieben die Kulturversuche stets negativ.

Verfasser bezweifelt die Glaubwürdigkeit des Patienten nicht, leugnet auch nicht die Spezifität des Gonococcus Neisser, hält aber nach dem Vorgange von M. Straus es für möglich, daſs der Gonococcus als harmloser Gast und einfacher Saprophyt in der gesunden Harnröhre sich aufhalten könne, bis er unter bestimmten Einflüssen das Epithel befalle und den charakteristischen Katarrh hervorrufe.

Neuhaus-München.

Ausspülung der hinteren Harnröhre und der Blase ohne Katheter, von Marx. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 3.) Verfasser empfiehlt eindringlich die noch im Jahre 1888 von Guyon zurückgewiesenen, jetzt aber bereits vielfach geübten Spülungen nach Janet resp. Lavaux. Er giebt genaue Vorschriften bei ihrer Anwendung, empfiehlt speziell dafür gefertigte Hähne. Die Flüssigkeit sei stets warm, die Druckhöhe gewöhnlich von 1½—2 Meter. Die ersten Spülungen werden vom Arzte gemacht, die weiteren dem Patienten überlassen. Dieser kann dabei aufrecht stehen. Unter den Indikationen hebt er akute und chronische Urethritiden, Schanker, einfache, selbst gewisse tuberkulöse Blasenentzündungen hervor. Andererseits seien diese Spülungen nicht angezeigt bei Patienten, die an Harnverhaltung leiden, und namentlich auch bei Kranken mit akuten Prostataleiden.

Man könne sehr verschiedenartige Lösungen benützen, zu warnen ist vor Sublimatlösungen und vor stärkeren Solutionen von Kalium permanganatum (über 1:5000). Höllenstein wird besser vertragen. So leistete er z. B. dem Verfasser ganz gute Dienste in der Form von Spülungen ohne Sonde in einem Falle von Tuberkulose der Blase, wo zugleich auch Hoden und Prostata affiziert waren; die Injektion mittelst Katheter war dagegen nicht vertragen worden. *Neuhaus-München.*

Ein Fall von Urethrocele bei der Frau, von Bock. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 2.) Die Fälle von taschenförmiger Ausdehnung der Harnröhre sind beim Manne und beim Weibe selten; wurden auch lange verkannt. Bei der Frau bildet diese Dilatation des Harnröhrenkanals eine Geschwulst, die durch eine gröſsere oder kleinere Öffnung mit der Harnröhre in Verbindung steht. Die gewöhnliche Ursache ist wahrscheinlich ein Trauma während der Entbindung. Ein solches war es wohl auch bei dem von Bock genau beschriebenen Falle. Die betreffende Patientin klagte nach ihrer letzten Entbindung (vor 10 Jahren) über verschiedene Harnbeschwerden, namentlich konnte sie nur mehr etliche Tropfen Urin zurückbehalten und am Ende des Urinierens empfand sie etwas Zwang. Später kam Ablagerung von Sand dazu, allmählich steigerten sich die Symptome, der Harndrang wurde fast un-

erträglich, Schmerzen strahlten nach dem Leibe, den Nieren, dem Anus zu aus. Sie schien Stuhlzwang zu bekommen, aber dann kam nichts. Erst Bock fand durch digitale und Speculumuntersuchung eine an die mittlere Partie der Harnröhre sich anlehnende Geschwulst von Kastaniengröfse. Druck auf dieselbe liefs schleimig-eitrigen Harn und roten Sand heraustreten. Dagegen ergab der Katheterismus der Blase normalen Harn. Die weitere Untersuchung mittelst Sonde und Urethroskop stellte dann fest, dafs diese Geschwulst von einer Tasche gebildet werde, die mit der Harnröhre durch eine Öffnung von 4 mm in Verbindung steht. Diese Mündung, sowie der Kanal der Harnröhre erwiesen sich entzündet, daher stammten die meisten Beschwerden. Urethrale Injektionen, Ätzung mittelst Arg. nitr.-Lösungen, Zusammendrücken der Geschwulst von der Scheide aus nach jedem Harnakt brachten baldigst alle Beschwerden zum Schwinden. Bock glaubt, dafs der in der Tasche sich sammelnde Sand dieselbe entzündlich reize, dann folgten reflektorisch alle möglichen nervösen Symptome.

Zur Erzielung bleibender Heilung mufs man zunächst den Sand zum Verschwinden bringen, hierauf operativ vorgehen. Die Tasche ist zu resezieren, dann die Öffnung zu vernähen. Im vorliegenden Falle wurde jedoch diese Operation von der Patientin verweigert. *Neuhaus-München.*

Über die Urethrocele beim Weibe, von Routier. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 2.) Zwei vom Verfasser beobachtete Fälle von Urethrocele beim Weibe werden genau beschrieben, die operative Behandlung erörtert, eine kurze Epikrise folgt schliefslich. Routier macht mit Recht darauf aufmerksam, dafs die Bezeichnung Urethrocele eigentlich ungenau sei, dieses Wort bezeichne ja eine Tasche, die durch einen Bruch der Harnröhrenschleimhaut gebildet würde, in Wirklichkeit sind aber diese Taschen ganz anders gebildet, enthalten mehrere Schichten. Die erste Patientin, eine 39jährige Frau, konsultierte den Verfasser wegen einer angeblich seit 25 Jahren am Eingange der Scheide und zwar an deren Wand bestehenden Geschwulst, die im allgemeinen wenig Beschwerden machte. Nur ab und zu hatte sie etliche Tage eigentliche schmerzhafte Anfälle, wenn die Geschwulst anschwoll. Nachdem die Diagnose Urethrocele nach öfterer Untersuchung feststand, ging Routier operativ in der Weise vor, dafs er eine Rinnensonde in die Tasche brachte, sie an der Scheidenwand verspringen liefs und auf dieselbe von der Scheide aus einschnitt. Hierbei mufste er nicht blofs die Scheidenschleimhaut, sondern auch eine dicke Lage von Bindegewebe durchtrennen, bis er die Tasche erreichte. Dieselbe hatte die Ausdehnung einer grofsen Nufs; ihre Innenfläche war gräulich, sehr glatt und glänzend. Es gelang, die Verbindungsöffnung zu der Harnröhre bloszulegen und den gröfsten Teil der Tasche zu resezieren; der entfernte und tief gelegene, nicht entfernbare Teil wurde ausgekratzt, mit Chlorzink geätzt. Jodoformgaze-Tamponade. Heilung nach vier Wochen. Kein Tropfen Urin geht durch die Wunde.

Die zweite Patientin, eine 27jährige Frau, suchte die Hülfe des Verfassers nur wegen Leibschmerzen auf, sie hatte über Urinstörungen nicht zu klagen. Nach Feststellung der Diagnose wurde die Tasche ganz resecciert, mit Chlorzink geätzt, die Höhlung durch die Naht geschlossen. Sieben Tage später war alles geheilt.

Bei Besprechung der Ursachen der Entstehung der Urethrocele bemerkt der Verfasser, dafs die Theorie Duplays über den Zusammenhang mit Traumen bei der Entbindung nicht für alle Fälle gelten könne, denn die von Routier beobachteten Frauen hatten weder geboren, noch einen Abortus überstanden.

Martineau und Trillon glaubten diese Urethrocelen als Überbleibsel von Drüsenabscessen betrachten zu sollen, welche durch Blennorrhoe hervorgerufen worden waren; aber auch dieses Moment kommt bei den beschriebenen Fällen nicht in

Betracht, sie hatten niemals Ausfluſs aus der Scheide oder aus der Harnröhre. Ebensowenig zeigten sie je Steine oder Verengerungen. Auch das lange Bestehenbleiben der Geschwulst spreche dagegen.

Am meisten scheint Verfasser hier die Ansicht von L. Tait zutreffend, der die Affektion für angeboren hält, und ferner die Annahme Priestleys, daſs es sich um Cysten der Scheide handle, die nach der Harnröhre sich öffneten. Hieran erinnere auch der Anblick der glatten und einförmigen Höhlungen in beiden Fällen.

Neuhaus-München.

Ein Beitrag zu den angeborenen Klappenbildungen im Bereiche der Pars prostatica urethrae (trichterförmiger Klappenverschluſs), von F. Schlagenhaufer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 15.) Die Klappenverschlüsse in der Urethra sind am allerseltensten im hinteren Anteile der Harnröhre. Tolmatschew, der vier Fälle, — darunter einen eigenen — aus der Litteratur zusammengestellt hat, bezeichnet die Klappen wegen ihrer Form als Semilunarklappen. Der vom Verfasser mitgeteilte Fall zeigt dagegen eine trichterförmige Faltenklappe, ähnlich dem Bilde, das die kongenitale Aortenstenose bietet. Verfasser wählt für diesen Fall die Bezeichnung Klappentrichterverschluſs. Derselbe betrifft ein Neugeborenes, das nur 20 Minuten gelebt hatte. Man fand bei der Sektion beide Nieren vergröſsert, die Becken und ihre Kelche erweitert, mit klarer Flüssigkeit gefüllt, die Pyramiden atrophiert, mehrere Nierencysten. Beide Ureteren verlängert, geschlängelt, erweitert; die Wand des obliterierten Ductus omphalomeseraicus verdickt; die Blase erweitert, ihre Wandungen sehr verdickt; das Trigonum Lieutaudii verstrichen, das Orificium vesicae klaffend. Am Übergang der Pars prostatica in die Pars membranacea die ungemein feine Öffnung der Urethra an der Spitze eines Faltenkegels; die Sondierung von hinten sehr schwer, von vorne leicht. Wahrscheinlich hat im fötalen Leben eine periodische Entleerung des Harns stattgefunden, indem unter Einfluſs starken Druckes sich die zusammengelegten Klappenwände teilweise öffneten.

Jesner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe.

Dieselbe lautete für das Jahr 1896:

Das Verhalten der Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome.

Der Preis wurde Herrn Marinearzt Dr. Menahem Hodara (Konstantinopel) zuerkannt.

Die Preisaufgabe für das Jahr 1897 lautet:

Es soll untersucht werden, ob und inwieweit alle bisher angegebenen spezifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben vermögen.

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang Dezember 1897 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Der Preis beträgt M. 300.—. Die Herren Proff. Krause (Berlin) und Hoyer (Warschau) haben auch für dieses Jahr es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen. Genaue Bedingungen und Mitteilungen über die Preisaufgabe 1897 sind von obengenannter Verlagsbuchhandlung zu beziehen.

Antwort
an Herrn Jessner-Königsberg in Preufsen.

Über die **Form**, d. i. den so sehr getadelten „Ton“ meines dritten Protestes gegen den mir persönlich ganz unbekannten J. Neumann, mag ich um so weniger streiten, als mir dieser Ton wahrhaftig selbst auch nicht gefällt; aber ich halte ihn für genau angepafst der noch immer nicht vollständig entwickelten Gröfse des verübten Vergehens gegen Wissenschaft und Unterricht. Doch darüber zu urteilen steht mir nicht zu.

Mit den hundert **Sachen** jedoch, die ich zur Begründung des Protestes und des dazu gehörigen Nachtrages vorgelegt habe, mufs jedermann zufrieden sein, der sich die Mühe genommen hat dieselben auf ihre Echtheit an den Quellen nachzuprüfen; was Herr Jessner eben nicht gethan hat, denn sonst könnte von dem mangelnden „Vertrauen“ zu meinen „Ausführungen“ nicht die Rede sein.

In der Wissenschaft entscheidet kein Vertrauen, sondern nur Wissen; wer ohne dieses dennoch öffentlich aburteilt, verwirkt den Anspruch auf eine ernstliche Beachtung.

Dies mein erstes und letztes Wort an Herrn Jessner, dessen litterarische Thätigkeit ich zwar seit einigen Jahren kenne, aber niemals ernst genommen habe.

J. K. Proksch.

Bemerkung zu der vorstehenden Antwort des Herrn Proksch.

Die Schlufsworte der vorstehenden Notiz schliefsen für mich jede weitere Diskussion mit Herrn Proksch aus. Ich sehe ein, dafs ich in Grobheiten mit ihm nicht konkurrieren kann, und lasse ihm neidlos den Ruhm, auf dem Kampfplatz Herrscher geblieben zu sein.

Nur noch ein Wort an die Leser dieser Zeitschrift: So oft ich Gelegenheit hatte kritisierend zu referieren, habe ich es stets für meine Pflicht gehalten, mit scharfen Worten besonders da vorzugehen, wo Autoren sachliche Differenzen in persönliche Polemik ausarten lassen oder — sei es aus Mangel an genügenden Beweismomenten, sei es aus Mangel an gesitteter Bildung — in öde Schimpfereien verfallen. Ich darf dabei wohl auf den Beifall eines jeden rechnen, der wünscht, dafs das Niveau wissenschaftlicher Diskussion nicht herabgedrückt wird. Man kann seine Ansicht mit aller Energie und Schärfe vertreten, ohne seinen Gegner gleich in den Schmutz zu reifsen. Wer letzteres thut, dem mufs deutlich die Wahrheit gesagt werden, selbst wenn er eine so grofse Autorität wie Herr Proksch ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 19.

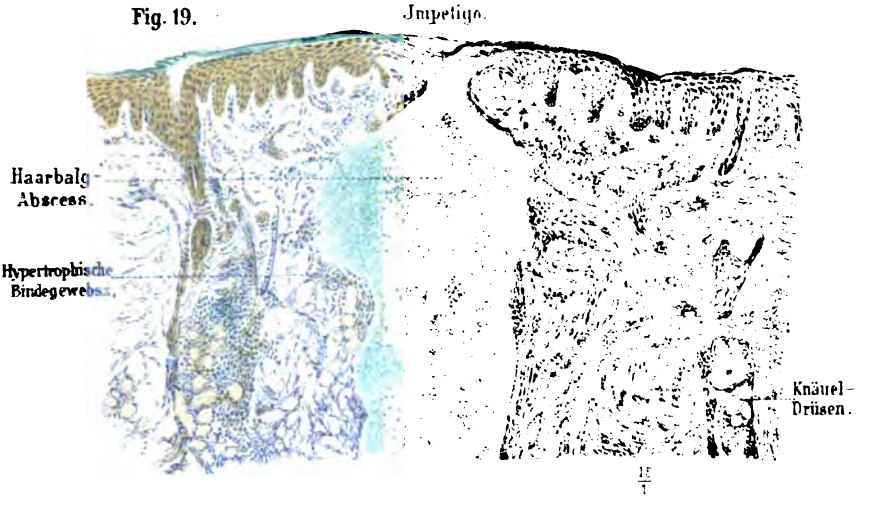


Fig. 20.

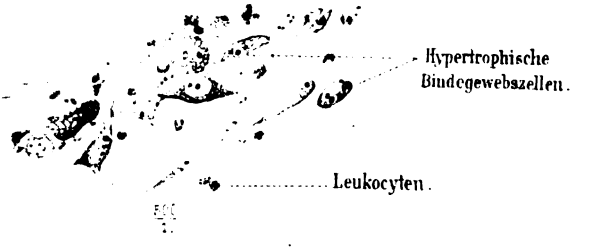
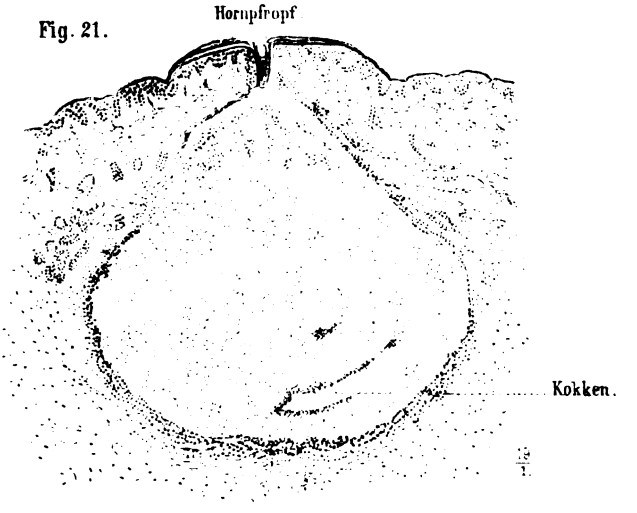


Fig. 21.



Unna: Furunkel.

Gummelt del.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 4. 15. Februar 1897.

Histologische Demonstrationen zur Pathologie der Haut.

Von

P. G. Unna.

(Mit Tafel VI.)

VI. Furunkel.

19. Die den bisherigen Tafeln zu Grunde liegenden Präparate waren mittelst der für die Demonstration der Kokken vorteilhaftesten Pikrocochenille-Gentiana-Jod-Methode hergestellt. Aufser den Kokken erscheinen auf solchen Präparaten auch die gröberen Gewebsveränderungen und die durch jede Kernfärbung deutlichen Eiteransammlungen in genügender Darstellung. Aber die feineren geweblichen Veränderungen, speziell diejenigen der fixen Gewebszellen, entgehen an solchen Präparaten vollkommen der Wahrnehmung. Ich füge daher hier in der die ektogen-staphylogene Vereiterung der Haut abschliefsenden Tafel, einige Präparate an, welche spezifisch auf Zellprotoplasma mittelst der polychromen Methylenblau-Glycerinäthermischung-Methode gefärbt sind.

Das erste Bild zeigt einen Haarbalgabscefs, dessen impetiginöse Entstehung durch den flaschenförmigen Kopf und die halsartige Abschnürung an der Oberfläche noch deutlich ist. Man sieht hier auch unterhalb der halsartigen Einschnürung noch Reste von der Stachelschicht des vereiterten Follikels. Weiter abwärts ist der Haarbalg völlig zerstört; die Eiterung breitet sich mehr in vertikaler als in horizontaler Richtung aus. Der grünlichblaue Ton der Leukocytenkerne kontrastiert dabei in erwünschter Weise gegen den blauvioletten des entzündeten Cutisgewebes. An einzelnen Stellen, besonders links in der Zeichnung sieht man schon bei dieser schwachen Vergröfserung die grünblauen Züge der Eiterkörperchen das blauviolette Gewebe durchsetzen und dem Abscesse zustreben. Andererseits aber genügt ein Blick auf die Figur, um zu erkennen, dafs der Hauptanteil der Infiltrationszellen der entzündeten Cutis nicht — wie es nach den Pikrokarminbildern scheinen konnte — aus Leukocyten, sondern aus fixen Gewebszellen besteht. Die letzteren

sind in abnorm grofser Anzahl durch die ganze Dicke der Cutis zerstreut und besonders dicht entlang der Gefäfse vorhanden; diese Veränderung der fixen Gewebszellen erstreckt sich auch auffallend weit von dem Haarbalgabscesse fort in die Cutis hinein. Sie besteht nicht allein in einer beträchtlichen Vermehrung, sondern auch in einer deutlichen Hypertrophie der Bindegewebszellen. Die im Abscefs und in der Impetigo zerstreuten Kokken kommen bei dieser Vergröfserung nicht zur Wahrnehmung.

20. Eine kleine Partie vom linken Rande des eben beschriebenen Haarbalgabscesses bei stärkerer Vergröfserung. Man erkennt deutlich das hypertrophische Spongioplasma der Bindegewebszellen und die durch ihre grünblaue Kernfarbe auffallenden, vorbeiströmenden Leukocyten.

21. Zum Schlusse gebe ich das Bild eines atypischen, staphylogenen Haarbalgabscesses wieder, welches mir nur einmal aufgestofsen ist, aber wegen der Differentialdiagnose zwischen staphylogenem Abscefs und der uns später beschäftigenden Aknepustel unsere Aufmerksamkeit beansprucht. Es handelt sich um einen scharf umschriebenen, vollkommen intrafollikulären Abscefs ohne alle Perifolliculitis und ohne weiterführende Eiterstrafsen. Wenn schon dieser Umstand auffällt, so befremdet noch mehr die völlige Abwesenheit einer suprafollikulären, kokkenhaltigen Impetigo. Statt dessen ist der Abscefs gegen die Aufsenwelt mittelst eines Hornpfropfes abgeschlossen. Aus beiden Gründen denkt man unwillkürlich, dafs hier eine Aknepustel vorliege und doch mit Unrecht. Zunächst fehlt ein regelrechter, bei der Akne nie vermifster Komedo und mit ihm fehlen vollständig die ebenso regelmäfsig mit der Akne verknüpften Aknebacillen. Statt dessen gewahrt man am Grunde des follikulären Abscesses in ganz charakteristischer Lagerung und in doppelter Schicht angeordnete Gruppen von Staphylokokken. Das befremdende Bild eines scharf abgesetzten, intrafollikulären, staphylogenen Abscesses erklärt sich aber ganz einfach, sowie wir annehmen, dafs hier die Staphylokokken in eine aus anderen Gründen entstandene Haarbalgcyste hineingeraten sind; man versteht dann die scharfe Abgrenzung nach Aufsen, die Verstopfung mit einem Hornpfropf, den Mangel eines Kokkencylinders und die hypopyonartige Senkung der Kokkenrasen innerhalb des kugeligen Abscesses.

Aus dem Alten Allgemeinen Krankenhause Hamburg-St. Georg.
Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke (Oberarzt Dr. Engel-Reimers.)

Über die Sterblichkeit und die Häufigkeit der hereditären Syphilis bei den Kindern der Prostituierten.

Von

Dr. Siegmund Werner,
Assistenzarzt.

Wenn ich es wage, die Aufmerksamkeit der Leser dieser Blätter in Anspruch zu nehmen, so bin ich mir wohl bewufst, dafs wohl wenige Kapitel der Medizin so durchgearbeitet und in ihren Grundzügen gefestigt sind, wie die Lehren von der hereditären Lues. Man wird daher kaum verlangen können, neue Thatsachen auf diesem Gebiete zu erfahren. Die Berechtigung zur Veröffentlichung finden die folgenden Zeilen nur darin, dafs sie, gestützt auf grofses Material und auf eingehendste Beobachtung, bekannte Grundsätze erhärten, illustrieren, modifizieren, andererseits vielleicht nicht uninteressante kasuistische Beiträge liefern. Meines Wissens ist aufserdem bisher nicht der Versuch gemacht, das Schicksal jener Kinder, die von syphilitischen Müttern geboren wurden, an der Hand der genauen Krankengeschichte der Mutter in gröfserem Mafsstabe zu verfolgen.

Nur eine grofse Statistik ist hier im stande, die Beurteilung aller einschlägigen Fragen zu gestatten. Es ist eine bekannte Thatsache, und sie hat sich auch bei meinen Untersuchungen bestätigt, dafs die Beurteilung des Krankheitszustandes der Mutter bezüglich der Prognose alles dessen, was wir beim Kinde zu erwarten haben, von allergröfster Bedeutung ist. Ich erinnere hier an die Hauptsätze: Je recenter die Syphilis der Mutter, je trüber die Aussichten auf ein gesundes Kind, und: je weniger behandelt die mütterliche Lues, je deletärer die Wirkung der ererbten Seuche.[1] Um also die Heredität der Syphilis im einzelnen Falle in allen Phasen zu erforschen, ihre Wirkung kennen und unterdrücken zu lernen, dazu gehört vor allem eine genaueste Anamnese bei der Mutter und eine Beobachtung des Kindes, nicht blofs zur Zeit seiner Geburt, sondern durch die ersten Lebensjahre hindurch, womöglich bis ins Pubertätsalter hinein. Werfen wir nun die Frage auf, wo wir ein solches Material finden, so bin ich sicher, dafs jedem beschäftigten praktischen Arzte derartige Fälle einmal

[1] Le Grand, Syphilis als Ursache von Abortus. *Thèse de Paris.* 1889. Ref. von Finger. *Wien. med. Wochenschr.* 1890. No. 34.

vorgekommen sind, andererseits glaube ich indes, dafs es bei solchem Wirkungskreise über vereinzelte Beobachtungen nicht hinauskommt; und der Spezialist wird erst recht nicht über genügende Erfahrung verfügen, um daraus sichere statistische Daten abzuleiten, die zur Klärung der Verhältnisse dienen könnten. Es bleibt also nur die Untersuchung in den grofsen Krankenzentralen: im Hospitale, und auch hier nur an einem Material, das in gewisser Weise zu dem immer wiederkehrenden Bestande gehört, nicht an einem solchen, das kommt und geht, an dem sich die Beobachtungen allenfalls einige Monate, aber selten länger anstellen lassen.

Ein solches Arbeitsfeld bietet uns, abgesehen von den gleich näher zu erörternden Fehlerquellen, die Schar der Prostituierten, wie sie sich unter genauster ärztlicher Kontrolle oft dezennienlang in den Grofsstädten aufhält. Hier ist es möglich, den Initialaffekt, die Recidive in der Sekundärperiode der Syphilis, die Latenszeit, eventuelle tertiäre Erscheinungen, Aborte, Frühgeburten, Geburten totfauler Kinder, endlich Schwangerschaften, die mit der Geburt eines lebenden Kindes enden, zu beobachten. Wird über jede kranke Prostituierte von ihrem ersten Erscheinen auf der Krankenstation an ein genaues Protokoll geführt, das bei jedem weiteren Aufenthalt als Anamnese verwertbar ist, so wird es ein Leichtes sein, die für unsere Zwecke wissenswerten Daten zu eruieren. Freilich wird man mir einwenden können, „die Fluktuation" der Puellae publicae sei in grofsen Städten etwas alltägliches, ihr Bleiben am gleichen Orte selten ein langes, und besonders die verlangte strengste ärztliche Kontrolle wirke bei diesen Individuen nur zu oft als vertreibendes Moment, gleichwohl giebt es, wie unsere Journale beweisen, eine genügend grofse Anzahl, die — sit venia verbo — im Lande bleibt und sich redlich nährt.

Der zweite beachtenswerte Punkt gipfelt in einer langen Kontrolle der Kinder. Hier genügt es keineswegs, die Dauer des Puerperiums als Quarantäne für Mutter und Kind zu betrachten. Es ist klar, dafs, wenn eine Prostituierte und ihr Kind nach Ablauf von sechs Wochen das Spital verlassen, für das letztere mit einem Male ganz andere Lebensbedingungen eintreten. Bis zu diesem Termine wird mit Rücksicht auf eine gute Involution des puerperalen Uterus und noch mehr auf eine günstige Entwickelung des kindlichen Organismus darauf gehalten werden müssen, dafs die Mutter ihr Kind selbst stillt. Von dem Momente an, wo die Mutter ihr Gewerbe wieder aufnimmt, versiegt aber für das Kind die segenbringende Quelle, aus der es allein Nahrung und Kräfte geschöpft hat, den Fährnissen des Säuglingsalters zu begegnen: Es tritt künstliche Ernährung ein, oft unter Verhältnissen, die, wie wir weiter unten sehen werden, nicht dazu angethan sind, eine gedeihliche Entwickelung zu ver-

bürgen. Bedenkt man ferner noch, dafs der Einfluſs der ererbten Syphilis oder, um den Begriff noch allgemeiner zu fassen, ererbter Dyskrasien sich häufig erst in späteren Monaten geltend macht, so wird man zugeben, dafs eine weitere Kontrolle der Kinder gefordert werden muſs. Nur mittelst dieser sind wir im stande zu erfahren, was aus den Kindern wird, ob und wann sie an Syphilis erkranken, wie sich ihr weiteres Fortkommen gestaltet; andererseits werden wir verhüten können, dafs von dem befallenen Individuum das spezifische Contagium weiter verbreitet wird. Letzteres Moment allein würde genügen, ein derartiges Überwachen als zweckmäſsig zu beurteilen.[2] Notwendig ist diese Maſsregel aber auch als logische Folge der durch die Sittenpolizei durchgeführten Hygiene. Beaufsichtigt man die Prostituierten, um dadurch eine Abnahme der Venerien zu erzielen, so ist es ebenso angezeigt, ihre Kinder unter Kontrolle zu stellen, von denen in gleicher Weise unheilvolle Infektionen ausgehen können.

Aus einer ungenügend langen Beobachtung erklärt es sich meiner Überzeugung nach, dafs die meisten Autoren den ersten oder zweiten Monat post partum als den häufigsten Termin bezeichnen, wo die hereditäre Syphilis Erscheinungen macht. Wie die späteren Betrachtungen zeigen werden, kommt allerdings im ersten Vierteljahr bei der Mehrzahl der Säuglinge die Krankheit zum Ausbruch; immerhin giebt es noch eine groſse Anzahl von Fällen, bei denen sich das ererbte Leiden zu späterer Zeit dokumentiert — hier wird natürlich von der Syphilis hereditaria tarda abgesehen. Selbstverständlich ist hier die Kritik, ob kongenitale oder acquirierte Syphilis vorliegt, nicht immer leicht, immerhin doch bei genauer Beurteilung aller in Frage kommenden Momente ergebnisreich. Hier sei es erwähnt, dafs wir keinen Grund einsehen, uns auf J. Neumanns[3] Standpunkt: „Bei der hereditären Syphilis kommt es niemals zur Bildung nässender hypertrophischer Papeln; diese sind stets ein Anzeichen von acquirierter Syphilis“ zu stellen; wenn auch zugegeben werden muſs, dafs die kondylomatöse Form der Syphilis beim Neugeborenen die seltenere ist, so haben wir doch zu oft derartige Fälle beobachtet, wo über die kongenitale Herkunft der Krankheit gar kein Zweifel bestehen konnte, um Neumanns Postulat zu unterschreiben. Weiter entgeht auch dem ungenauen Beobachter der eminent recidivierende Charakter der kongenitalen

[2] Wie wichtig derartige Maſsnahmen sind, beweist, um nur ein Beispiel aus der jüngsten Vergangenheit mitzuteilen, die kürzlich unter dem Titel *„Ammen und syphilitische Säuglinge“* publizierte Infektion einer Amme durch das zunächst absolut gesunde, aufsereheliche Kind einer gesunden Mutter, das einige Wochen nach der Geburt sich als vom Vater her kongenital syphilitisch erweist. Das gerichtliche Nachspiel dieses Falles ist besonders lehrreich. (*Bull. du Synd. des méd. de la Seine.* April 1896. Ref. in *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. 23. No. X. 15. Nov. 1896.)

[3] J. Neumann, Syphilis in *Nothnagels Handbuch d. allg. Pathol. u. Ther.* Bd. II. S. 842. 1896.

Lues. Je länger also die Dauer der ärztlichen Beobachtung, um so genauer die Resultate der Forschung, um so günstiger die Erfolge der Behandlung.

Sperk[4] stellt in seinem *„Theorie der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik und ihre Anwendung zur Untersuchung der Prostituierten und Syphilitischen"* betitelten Aufsatze die ideale Forderung[5] auf, jede syphilitisch infizierte Prostituierte sei während der ersten beiden Jahre ihrer Krankheit an der Ausübung ihres Gewerbes zu verhindern. Ein derartiges Individuum müfste also während der ganzen Sekundärperiode unter Klausur gehalten werden. Analog würde die ideale Forderung bei den Kindern lauten, nur dafs sich hier wohl ein etwas kürzerer Termin bestimmen liefse: denn das erste Lebensjahr ist bei ihnen das gefährliche; ist dieses Alter erreicht, so sind die Hauptgefahren überwunden, und in den meisten Fällen besitzt der Organismus Widerstandsfähigkeit genug, um späteren Angriffen entgegentreten zu können. Da es nun wohl in keinem noch so vortrefflich organisierten Gemeinwesen Anstalten giebt, in denen von syphilitischen Eltern gezeugte Neugeborene von Staatswegen bis zum Ende der gefahrbringenden Zeit, also etwa des ersten Lebensjahres, aufgezogen werden — ich glaube nicht, dafs die in Rede stehende Einrichtung eine Utopie ist; in einem hygienisch vollendeten Zukunftsstaate wird auch dieser Vorschlag seine Berechtigung finden —, so erscheint es als ein mit den bestehenden Verhältnissen rechnendes Äquivalent, die Kontrolle in der Weise zu gestalten, wie sie seit dem Ende der siebziger Jahre in Hamburg eingeführt ist. Jedes am Ende der 6. Lebenswoche das Krankenhaus verlassende Kind einer Prostituierten wird mindestens monatlich einmal, im Bedarfsfalle alle 8 bis 14 Tage dem Sittenpolizeiarzte vorgeführt und von diesem einer genauen Untersuchung unterzogen. Ein krank befundenes Individuum wird sofort dem Krankenhause übergeben. Diese monatlichen Kontrolluntersuchungen werden bis zum Ende des ersten Lebensjahres durchgeführt, so dafs das Kind ein Jahr lang genauer ärztlicher Beaufsichtigung unterstellt bleibt. Diese Mafsregeln haben noch das weitere Gute, dafs der beliebten „Engelmacherei" in gewissem Grade das Handwerk gelegt wird. Sobald eine Puella publica sich

---

[4] *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1886.

[5] Wahl rät in einem *„Klinischen Vortrage über die Prophylaxe der Syphilis"*, jedes einmal infizierte Individuum mindestens ein Jahr lang im Krankenhause zu behalten und zu behandeln. Über denselben Gegenstand äufsert sich Kopp im Kapitel: Die allgemeine Prophylaxe der venerischen Krankheiten in *Penzoldt-Stintzings Handbuch der Therapie.* Bd. VI. S. 9, folgendermafsen: „Freilich wird man die wohlgemeinten Vorschläge von Lang, Neumann, Kaposi u. a., die frisch mit Syphilis infizierten Prostituierten durch eine Zeitdauer bis zu mehreren Jahren in Rekonvalescentenanstalten, Krankenabteilungen und Hospitälern zur fortdauernden Beobachtung zu internieren, als kaum durchführbar bezeichnen müssen."

nach beendetem Wochenbette ihrem Berufe wieder hingiebt, wird das Kind als Kostkind untergebracht, oft genug mit dem direkten oder indirekten Auftrage, die lästige Frucht ihrer Thätigkeit möglichst bald verschwinden zu machen. Denn der Bordellwirtin, der Beraterin der jungen Mutter, kann es naturgemäfs nur darum zu thun sein, dafs ihre Schutzbefohlene möglichst rasch der Sorge um die Frucht ihres Leibes überhoben wird, um desto aufmerksamer ihrem Berufe nachgehen zu können. An das Dogma PARENT-DUCHATELETS[6] von der Gutmütigkeit der Prostituierten können wir nicht so ohne weiteres glauben, wenigstens nicht, was die Mutterliebe anbelangt; erlebten wir es doch zu wiederholten Malen, dafs eine niedergekommene Puella ihr eigenes Kind in einer Weise malträtierte und so behandelte, dafs die Absicht, sich von demselben zu befreien, unverkennbar war und infolgedessen das Kind ihr polizeilich abgenommen werden mufste.

Andererseits mufs indes der Wahrheit die Ehre gegeben und betont werden, dafs die Mehrzahl der in Pflege gegebenen Kinder, wohl auch infolge der reichen Kostgelder, in nichts weniger als gewissenloser Weise aufgezogen wurden. Aber solche Vorkommnisse, dafs ein Kind bei der ärztlichen Untersuchung völlig gesund befunden wird und einige Tage später in desolatestem Zustande, fast moribund ins Krankenhaus eingeliefert wird, oder sogar schon der Totenschein präsentiert wird, werden wohl mit Recht auf Rechnung der Engelmacherei gesetzt, wenn sie auch in der That zu den Ausnahmen gehören.

Hierin liegt also ein schwerwiegendes Moment bei der Bearbeitung der nachfolgenden statistischen Belege, das ich, soweit es möglich war, zu eliminieren mich bestrebt habe. Die zweite Fehlerquelle liegt auf einem anderen Gebiete: sie betrifft das Vorkommen der Aborte in den Krankengeschichten der Mütter. Sollen wir für diese die Syphilis allein geltend machen, oder handelt es sich hier bisweilen um kriminellen Abort, und ist die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft künstlich hervorgerufen? Wenn man sich überlegt, wie unendlich schwer in Zweifelfällen ein diesbezüglicher Entscheid ist, so wird man zugeben, dafs auf diese Frage eine präzise Antwort nicht gegeben werden kann. Mir scheint die oft beobachtete, geradezu klassische Feigheit der Prostituierten, ihre Angst vor instrumentellen Eingriffen eher zu Gunsten der ersten Möglichkeit zu sprechen.

Zur Grundlage meiner Bearbeitung habe ich übrigens nur diejenigen Protokolle gemacht, die über in Hamburg eingeschriebene Puellae publicae auf der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke im alten allgemeinen Krankenhause, St. Georg, seit 1879 geführt wurden, **die lebende Kinder**

---

[6] *De la prostitution dans la ville de Paris.* 1857.

gebaren. Der Umstand also, daſs die Syphilis der Mutter in der weitaus gröſsten Zahl der Schwangerschaften zu einer vorzeitigen Unterbrechung derselben, zu Abort, Frühgeburt, Geburt totfauler Kinder führt, wird als feststehender Lehrsatz nicht mehr in Frage kommen. Aborte und Frühgeburten wurden daher nur dann berücksichtigt, wenn eine frühere oder spätere Gravidität mit der Geburt eines lebenden Kindes endete. Vergleichszahlen über das Verhältnis von vorzeitigem zu rechtzeitigem Schwangerschaftsende bei mütterlicher Syphilis werden also nicht gebracht werden können.

Ich habe, wie bemerkt, auch jene Prostituierten-Kinder mit in den Kreis meiner Berechnung gezogen, deren Mütter bei der Geburt der Kinder noch nicht luetisch infiziert waren. Eine Statistik dieser Individuen giebt naturgemäſs ausgezeichnete Vergleichsanhaltspunkte, inwiefern überhaupt das Prostituierten-Material zur Aufstellung einer Statistik geeignet ist. Finden wir hier Morbiditäts- und Mortalitätszahlen, die den an anderem Materiale (Veröffentlichungen der verschiedenen Medizinalbehörden etc.) gewonnenen entsprechen, so lassen sich die bei luetischen Individuen erhaltenen Resultate betreffs Morbidität und Mortalität mit Fug und Recht verallgemeinern. Selbstverständlich waren auch diese Kinder der ärztlichen Kontrolle während des ersten Lebensjahres unterstellt, ein nach dem Obengesagten zweifellos richtiges Verfahren, das aber noch in folgendem Grunde seine Berechtigung findet: Diese von gesunder Mutter herstammenden Kinder sind doch sicherlich mehr als alle anderen Kinder der Gefahr ausgesetzt, in frühester Jugend auf dem Wege der Ansteckung Syphilis zu acquirieren. Man bedenke: es handelt sich einerseits meist um jüngere, erst kürzlich der Prostitution verfallene Individuen, die in der Regel bald nachher sich im Gewerbe luetisch infizieren und nun bei etwaigen Besuchen bei ihren Kindern die in der Frühperiode virulenteste Syphilis durch intimen Verkehr (Kuſs etc.) übertragen können; andererseits besteht das Pflegepersonal aus Individuen, die nicht immer einwandsfrei sind; zuweilen ist es eine ältere Kollegin, die sich zur Ruhe gesetzt hat, bei der doch noch ab und zu Recidive, von denen Übertragung stattfinden kann, auftreten, zuweilen ist es ein Dienstmädchen des Bordells, das geheiratet hat: kurz, Individuen, die mit den Brutstätten der Syphilis in engstem Kontakte stehen.

Kehren wir nach dieser Einschaltung zu dem eigentlichen Thema: dem Einfluſs der Syphilis im Leben der Kinder, zurück, so erübrigt noch eine präzise Stellungnahme und von dem einmal eingenommenen Standpunkte eine klare Fragestellung. Das wird erklären, warum die von mir zu bringenden Zahlen keinen direkten Vergleich mit denen anderer Autoren, die über hereditäre Syphilis und deren Wirkung gearbeitet haben, zulassen. Diese berechnen in durchaus berechtigter Weise den

Einfluſs der hereditären Syphilis auf die Zahl der Schwangerschaften und sprechen von einer Mortalität von beispielsweise 80% an Syphilis hereditaria. Das heiſst: unter 100 Schwangerschaften enden 80 mit Abort und zu früher oder rechtzeitiger Geburt toter oder nur kurze Zeit lebensfähiger Kinder etc. Nur der Rest, die übrigen 20, verdient das Prädikat „lebend" und zeigt sich in allerfrühester Jugend im Kampfe ums Dasein als der Stärkere. Die Morbidität ist naturgemäſs prozentuell ausgedrückt eine weit gröſsere, indem von diesen 20% noch der gröſsere Teil sich während des Lebens als infiziert erweist, an infantiler Syphilis oder parasyphilitischen Leiden erkrankt. Mit diesem kleinen Reste sollen sich meine späteren Auseinandersetzungen befassen. Das Schicksal dieser wenigen, lebend geborenen und mehr weniger lange am Leben bleibenden Kinder syphilitischer Mütter wird durch die folgende Statistik illustriert. Unter Berücksichtigung dieses Hinweises erscheinen meine Zahlen wohl zweifellos als relativ groſs. Andererseits wird durch sie der Nachweis erbracht, daſs die Fruchtbarkeit der öffentlichen Mädchen keineswegs so gering ist, wie allgemein angenommen wird. Selbst ein so vorzüglich beobachtender Sammler und statistischer Bearbeiter wie Parent-Duchatelet spricht sich in seinem klassischen Werke über alle mit der Prostitution zusammenhängende Fragen in dem Kapitel „de la fécondité chez les prostituées" dahin aus, daſs er nach seinen umfassenden Recherchen die fast absolute Sterilität dieser Frauen zugeben müsse, daſs Schwangerschaften und insbesondere Geburten lebender Kinder verhältnismäſsig selten vorkämen. Freilich spricht er in anderen Abschnitten mehrfach von der Pflege, die die Filles publiques ihren Kindern angedeihen lassen, kennt demnach eine ganze Reihe derartiger Fälle. Neuere Werke enthalten sehr wenig über diesen Gegenstand; stets wird aber betont: „Bei Prostituierten ist die Gefahr einer Gravidität keine sehr groſse." [1] Wenn ich nun auch keineswegs die gegenteilige Behauptung aufstellen will, so möchte ich doch betonen, daſs Schwangerschaft durchaus kein seltener Zustand bei den Prostituierten ist. In der gröſseren Zahl werden dieselben unter dem Einfluſs des Gewerbes, der Syphilis und vielleicht auch in letzter Linie der „protrusio abortus" allerdings nicht rechtzeitig beendet; immerhin zeigen unsere Akten, daſs die Geburt lebender Kinder nichts Ungewöhnliches ist. Hier kommen allerdings eine Reihe von Momenten dazu, die Beachtung verdienen: es ist einleuchtend, daſs die Chance für eine rechtzeitige und reguläre Beendigung der Gravidität wächst, sowie die Prostituierte, wenn bei den Kontrolluntersuchungen die Diagnose gestellt ist, an der weiteren Ausübung ihrer Thätigkeit gehindert wird, sobald sie dann in die Pflege des Hospitals oder einer Rekonvalescenten- bezw. Ent-

[1] Zitiert aus: Jessner, Die chronisch-intermittierende Syphilisbehandlung und ihre Gegner. *Therap. Monatshefte.* X. 1896. Bd. 10.

bindungsanstalt kommt. Hier kann, wenn die Syphilis in der Anamnese figuriert, selbst ohne manifeste Symptome eine Quecksilberkur eingeleitet werden, nur hier ist eine genaue Beobachtung der Gravidität und des Partus möglich. Diese Maßregel ist in Hamburg mehr als ein Dezennium lang durchgeführt.

Für die obenerwähnten Angaben älterer und neuerer Autoren — auch Lecour[8] äußert sich in ähnlichem Sinne — haben klinische wie pathologisch-anatomische Beobachtungen eine genügende Erklärung im Laufe der Jahre gebracht. Wenn wir die Frage stellen: Warum wird eine große Zahl der Puellae publicae niemals schwanger und welche sind es, die lebende Kinder zur Welt bringen?, so ergiebt sich die Antwort aus folgenden Thatsachen: Es ist wohl kaum zuviel gesagt, wenn wir behaupten, daß jede Prostituierte in den ersten Wochen oder höchstens Monaten ihrer Thätigkeit sich blennorrhoisch infiziert. Daß aus dieser Krankheit Endometritiden und Tubenaffektionen, besonders Verschluß des abdominalen Ostiums, verbunden mit rosenkranzförmiger Auftreibung des Tubensackes (Hydrosalpinx, Pyosalpinx) entstehen, andererseits durch alte Pelveoperitonitiden, blennorrhoische Parametritiden etc. die Ovarien in alte Exsudatmassen, Narbenstränge, fibröse Auflagerungen u. s. f. eingebettet werden, bestätigen fast ausnahmslos die Autopsien der an interkurrenten Krankheiten verstorbenen Puellen. Nur diejenigen Prostituierten werden demnach konzipieren können, die diesen aufsteigenden blennorrhoischen Erkrankungen entgehen; denn wie nicht jede Urethritis blennorrhoica beim Manne von der Pars anterior auf die posterior übergreift und zu Epididymitis, Prostatitis, Cystitis u. s. w. führt, so braucht es auch bei der Frau nicht jedesmal zu Adnexerkrankungen zu kommen. Diesen Wenigen bleibt also die Möglichkeit, Kinder zu gebären. Kommt nun die Syphilis hinzu, so mordet diese in den ersten Jahren in bekannter Weise die Früchte bereits im Mutterleibe. Die Puellen, welche lebende Kinder gebären, sind also entweder ganz am Anfange ihrer Laufbahn oder aber es sind ältere Individuen, welche mit der Frühperiode der Lues zu Ende und genügend behandelt sind. Bei diesen schafft eine Gravidität geradezu eine Prädisposition für erneute Schwangerschaften. So kommt es, daß wir eine größere Zahl längere Zeit inskribierter Puellen Jahr für Jahr mit großer Regelmäßigkeit gebären sehen. Bei den anderen wieder, die, kurz nachdem sie der Prostitution verfallen, schwanger geworden und niedergekommen sind, bringt einerseits die Syphilis, andererseits die im Laufe der Frühperiode vorkommenden (natürlich von ihr unabhängigen, accidentuellen) blennorrhoischen Erkrankungen, besonders die aufsteigenden Charakters, die Einkindersterilität zu Wege.

---

[8] Lecour, *La prostitution à Paris et à Londres.*

Im ganzen handelt es sich um 185 Mütter mit 243 Kindern. Von den Müttern waren 53 bei ihrer Niederkunft nicht syphilitisch infiziert. Von ihnen acquirierten 29 später unter unserer Beobachtung Syphilis, während 24 im weiteren Verlaufe ihres Hamburger Aufenthaltes von der Krankheit verschont blieben. Ein grofser Teil der Letzterwähnten hat, wie aus den Akten ersichtlich ist, Hamburg den Rücken gekehrt. Es wird daher nicht Wunder nehmen, wenn die Zahl der nicht syphilitischen Prostituierten relativ grofs erscheint. Der sog. LESSERsche Satz: „Eine jede Prostituierte wird mit Syphilis infiziert und zwar meist bereits im Beginne ihrer Thätigkeit," besteht aufserdem wohl nicht in seinem ganzen Umfange zu recht; es vergehen zuweilen Jahre, ehe die Puella publica der Syphilis zum Opfer fällt, und es giebt zweifellos eine kleine, aber sicher beobachtete und ständig kontrollierte Zahl, die überhaupt von der Krankheit verschont bleibt.[9] Kein Zweifel wird trotzdem darüber bestehen, dafs die 24 in Hamburg nicht infizierten Individuen in anderem Wirkungskreise an anderen Orten Lues acquiriert haben können. Die übrigen 132, lebende Kinder gebärenden Kontrollmädchen zeigten Syphilis in der Anamnese, und zwar, wie des weiteren auseinandergesetzt werden soll, in den verschiedensten Perioden. Bei einzelnen datiert die Infektion erst seit dem Bestehen der Schwangerschaft, andere befinden sich in der Frühperiode, endlich sind Individuen darunter, die an tertiärer Lues litten, resp. gelitten hatten. Es ist dieses Material daher wohl geeignet, vergleichende Schlüsse zu ziehen.

Tabelle I.

Von 243 Kindern								
lebten 83 am Ende des 1. Jahres = 34,1 %			wurden 25 vorzeitig der Beobacht. entzog. = 10,3 %			starben 135 = 55,6 %		
nicht syphilitische		hereditär syphilitische	nicht syphilitische		hereditär syphilitische	nicht syphilitische		hereditär syphilitische
von nicht syphilitischer Mutter	von syphilitischer Mutter		von nicht syphilitischer Mutter	von syphilitischer Mutter		von nicht syphilitischer Mutter	von syphilitischer Mutter	
22	44	18	9	13	3	29	46	60
26,5 %	53,0 %	20,5 %	36 %	52 %	12 %	21,5 %	34,1 %	44,4 %

[9] In diesem Sinne äufsern sich u. a. jüngst erfolgte Publikationen von WWEDENSKY und RAFF. Ersterer schliefst seine Arbeit über Syphilis unter den Prostituierten der St. Petersburger Bordelle (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 36. Bd. Heft 1 u. 2. August 1896) mit der These: „Die Prostituierten infizieren sich vorzugsweise in den ersten 3 Jahren nach der Registrierung; nach 5 Jahren fast vollständige Syphilisation der registierten Puellen." Ebenso äufsert RAFF in dem Aufsatze: „Zur Statistik der tertiären Syphilis" (am gleichen Orte) seine Bedenken. Auch unter den älteren Puellen hat er „eine ganze Anzahl gefunden, bei denen weder anamnestisch, noch objektiv etwas von Lues nachzuweisen ist; dafs sie alle syphilitisch sind, ist nichts als eine Hypothese."

Tabelle II.

53 nicht syphilitische Mütter.						132 konstitutionell syphilitische Mütter											
60 nicht syphilitische Kinder. Hiervon						103 Kinder ohne manifeste Zeichen von Syphilis. Hiervon						80 Kinder mit hereditärer Syphilis behaftet. Hiervon					
sterben 29 und zwar im		sind 9 ungenügend kontrolliert, nicht bis zum Ende des 1. Lebensjahres, sondern nur bis zum		sind 22 am Ende des 1. Jahres aus der Kontrolle entlassen; von diesen		sterben 46 und zwar im		sind 13 ungenügend kontrolliert, nicht bis zum Ende des 1. Lebensjahres, sondern nur bis zum		sind 44 am Ende des 1. Jahres aus der Kontrolle entlassen; von diesen		sterben 60 und zwar im		sind 3 ungenügend kontrolliert, nicht bis zum Ende des 1. Lebensjahres, sondern nur bis zum		sind 17 am Ende des 1. Jahres aus der Kontrolle entlassen; von diesen	
			sind beobachtet bis zum Ende des	sind später gestorben im					sind beobachtet bis zum Ende des	sind später gestorben im					sind beobachtet bis zum Ende des	sind später gestorben im	
2	1. Monat		4	1. Jahres		5	1. Monat	1	7	1. Jahres		7	1. Monat		4	1. Jahres	
3	2. Monat	3	2	2. Jahres	1	11	2. Monat	3	5	2. Jahres	4	4	2. Monat		1	2. Jahres	2
6	3. Monat	1		3. Jahres		11	3. Monat	4	2	3. Jahres	1	9	3. Monat	1	1	3. Jahres	1
3	4. Monat	2		4. Jahres		3	4. Monat	1	3	4. Jahres		12	4. Monat		1	4. Jahres	
1	5. Monat		2	5. Jahres	1	1	5. Monat		1	5. Jahres		5	5. Monat			5. Jahres	
4	6. Monat	2		6. Jahres		5	6. Monat	3	2	6. Jahres	1	7	6. Monat		4	6. Jahres	
1	7. Monat	1		7. Jahres		2	7. Monat		1	7. Jahres		2	7. Monat	2		7. Jahres	
3	8. Monat		2	8. Jahres	1	5	8. Monat	1	5	8. Jahres		6	8. Monat			8. Jahres	
1	9. Monat		1	9. Jahres		1	9. Monat		3	9. Jahres		4	9. Monat			9. Jahres	
1	10. Monat		1	10. Jahres			10. Monat		1	10. Jahres		3	10. Monat			10. Jahres	
4	11. Monat		1	11. Jahres		2	11. Monat		1	11. Jahres		1	11. Monat			11. Jahres	
				12. Jahres					1	12. Jahres						12. Jahres	
			2	13. Jahres					1	13. Jahres					1	13. Jahres	
			1	14. Jahres					1	14. Jahres						14. Jahres	
			3	15. Jahres					1	15. Jahres					1	15. Jahres	
				16. Jahres					3	16. Jahres					1	16. Jahres	
29		9	19		3	46		13	38		6	60		3	14		3

Vorstehende beide Tabellen illustrieren die allgemeinen Verhältnisse, wie sie sich aus den Akten ergeben haben. Es erübrigt noch zu bemerken, dafs bei einem Teile (= 10%) die Kontrolle der Kinder nicht während des ganzen ersten Lebensjahres durchgeführt werden konnte. Bei diesen handelte es sich entweder darum, dafs die Mutter von Hamburg fortzog, sich der Sittenkontrolle entzog, oder dafs die Pflegeeltern mit dem Kostkinde ihren Wohnsitz verlegten, oder dafs das Kind von vorneherein aufserhalb des Hamburger Staatsgebietes untergebracht war; endlich wurde in einzelnen Ausnahmefällen den betreffenden Pflegemüttern, die in den Vororten oder auf dem Landgebiete ihre Wohnung hatten, gestattet, die Kontrolluntersuchung der Kinder von dem betreffenden Polizeidistriktsarzte ausüben zu lassen. Des weiteren möchte ich erwähnen, dafs wir, so oft sich die Gelegenheit dazu bot, es nicht unterlassen haben, die Untersuchung der Kinder auch noch in späteren Jahren vorzunehmen. Ein Teil derselben wurde später nach Ablauf des ersten gesetzmäfsig ärztlich überwachten Lebensjahres an irgend welchen Leiden im Krankenhause behandelt, ein weiterer Teil wurde gelegentlich von der Mutter oder Pflegemutter zur Untersuchung vorgezeigt; endlich habe ich das Endergebnis meiner Betrachtungen dadurch vollständiger, genauer und gewissenhafter zu gestalten gesucht, dafs ich mit Hülfe des Einwohner-Meldebureaus Wohnung, Aufenthaltsort und Lebensstellung der früher behandelten Kinder, die inzwischen herangewachsen waren, ausfindig gemacht habe, die betreffenden Individuen dann aufgesucht und von ihnen einen genauen Status aufgenommen habe.

Sieht man von den 25 ungenügend lange kontrollierten Kindern ab, so handelt es sich um 218, von denen 135 = 62% im Laufe des ersten Lebensjahres sterben, während 83 = 38% aus der Kontrolle entlassen wurden. 62% beträgt also die Mortalität der Prostituiertenkinder innerhalb des ersten Lebensjahres, wohl gemerkt der lebensfähigen Kinder, eine zweifellos erschreckend hohe Zahl.

Wie verhält sich nun die Mortalität, wenn Syphilis in der Anamnese der Mutter figuriert oder nicht? Von 51 Kindern nicht infizierter Mütter sterben 29 = 57%; von 167 Kindern, deren Mütter an Syphilis litten, sterben 106 = 63,5%;[10] von 167 Kindern, deren Mütter an Syphilis litten, bleiben 90 von der ererbten Seuche verschont = 53,9%, während 77 = 46,1% sich als kongenital erkrankt erweisen. Von den ersteren 90 sterben 46 = ca. 51%, von den letzteren 77 sterben 60 = 78%.

[10] Eine der zahlreichen Statistiken Fourniers (Les familles hérédo-syphilitiques, *Gaz. des Hop.* 1892. No. 5; ref. in *Schmidts Jahrb.* 1893. pag. 48. Bd. 240) betrifft zufällig die gleiche Zahl = 167 von syphilitischer Mutter geborene Kinder; davon sterben 145 = ca. 87%. Die Zahlen sind nach dem oben Gesagten nicht direkt vergleichbar. Eine von anderer Seite veranstaltete Statistik (gesammelt) ergab, dafs von 441 341 starben = ca. 77%.

Hieraus ergiebt sich folgendes: Die Mortalität der Kinder der Puellae publicae ist eine an sich schon aufserordentlich hohe. Selbst wenn die Mutter noch nicht von Lues berührt ist, stirbt mehr als die Hälfte. Ist die Mutter erkrankt, so ist der Umstand wesentlich, ob auch das Kind erkrankt. Von den gesund bleibenden Kindern stirbt nur die Hälfte, während von den mit hereditär-syphilitischen Symptomen behafteten mehr als $^3/_4$ der Krankheit erliegt. Alles in allem steht aber einer Mortalität von 57 % derjenigen Kinder, die von gesunder Mutter geboren werden, nur eine solche von 63,5 % bei denen gegenüber, deren Erzeugerin mit Syphilis behaftet war.

Auf Rechnung der Syphilis kommt also nur auffallenderweise das geringe Plus von 6,5 %. Eine völlig befriedigende Erklärung für diese aufserordentlich hohe Mortalitätsziffer der von gesunder Mutter geborenen Prostituiertenkinder ist, auch wenn man den schädlichen Einfluſs der künstlichen Ernährung, die gelegentliche Engelmacherei heranzieht, nicht zu geben, und wir müssen uns einstweilen damit begnügen, die bloſse Thatsache zu registrieren. Liegen nun aber die Verhältnisse schon bei Prostituiertenkindern mit gesunder Abstammung wesentlich schlechter, als bei anderen Kindern, die aufserehelich geboren werden (für welche eine Mortalitätsziffer von 30 % nicht zu hoch gegriffen sein dürfte), so müssen wir auch annehmen, daſs die bei Kindern syphilitischer Puellen gefundenen Zahlen ebenfalls keine absolute Gültigkeit haben. Auch hier wird sich bei guter Ernährung etc. die Mortalitätsziffer gewiſs wesentlich günstiger gestalten, und wir zweifeln nicht, daſs die gleichen Untersuchungen, an anderem Materiale angestellt, bessere Zahlen und eine erheblich geringere Sterblichkeit ergeben werden, als wir für das unserer Arbeit zu Grunde liegende Personal gefunden haben. Wir werden übrigens weiter unten auf diesen Einfluſs der Ernährung bei der hereditären Syphilis noch zurückzukommen haben.

Es sei mir gestattet, in Kürze einige statistische Daten zusammenzustellen, die einen direkten Vergleich mit den von mir gefundenen Mortalitätszahlen ermöglichen. Der Bericht des Medizinalrates über die medizinische Statistik des Hamburgischen Staates für das Jahr 1895 giebt (pag. 39 ff.) die Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahre

für 1871—92 mit 23,9 von 100 lebendgeborenen
für 1893—95 mit 18,5 %
für 1880—95 mit 22,6 % (berechnet) an.

Die Zahlen betreffen die Gesamtsterblichkeit und unterscheiden nicht die Mortalität der ehelich geborenen von der der unehelichen Kinder. Daten hierüber enthält die *Allg. Bevölkerungsstatistik* Bd. I. pag. 214. Leipzig 1859 von Wappäus.

Von den Lebendgeborenen starben im 1. Lebensjahre in	Ehelich	Unehelich
Preufsen 1820—34	17,1 %	23,6 %
Berlin	19,9	36,8
Preufsen 1816, 25, 34, 43, 49	16,5	30,2
Berlin 1843	19,3	33,9
Schweden 1841—50	14,4	24,8
Bayern 1835—51 Knaben	33,4	38,3
Mädchen	27,9	33,8
Oesterreich 1851	22,9	35,1
Sachsen 1847—49	23,0	28,9
Bayern 1871	36,5	
(C. Majer, Die Sterblichkeit der Kinder währ. d. 1. Lebensjahres i. B. *Journ. f. Kinderkr.* LVII. S. 133.)		
Frankreich 1861—65	16,0	32,0
Frankreich 1870—75	14,0	30,0
(Pfeiffer, Die Kindersterblichkeit. *Gerhards Handb. d. Kinderkr.* Bd. 1. 1887.)		
Erfurt 1848—69		35,2
(A. Wolff, *Untersuchungen über die Kindersterblichkeit.* Erfurt 1874.)		

Man sieht aus dieser Zusammenstellung, die sich allerdings auf schon ziemlich weit zurückliegende Jahrgänge beschränkt — inzwischen sind durch verbesserte hygienische Verhältnisse, sanitätspolizeiliche Überwachung u. s. w. die Zahlen zweifellos verkleinert —, wie sehr die Mortalität der aufserehelich geborenen Kinder überwiegt. Bemerkenswert ist, dafs diese Differenz sich lediglich im ersten Lebensjahre geltend macht. „Nach den Mitteilungen der statistischen Correspondenz ist in Preufsen 1875 die Sterblichkeit nach dem 2. Lebensjahre für eheliche und uneheliche Kinder nahezu dieselbe." (Pfeiffer.) „Will die öffentliche Gesundheitspflege das Material, das die Statistik rücksichtlich der Sterblichkeitsverhältnisse der unehelichen Kinder bietet, verwerten, so hat sie daher das Augenmerk auf das Leben der unehelichen Frucht vor der Geburt selbst und auf das erste Lebensjahr zu richten, wogegen in den folgenden Lebensjahren die unehelichen Kinder allen übrigen nicht nachstehen." (E. Müller, Kindersterblichkeit in Berlin 1863—68. *Vierteljschr. f. öff. Ges.* II. S. 157.) Ich zitiere diesen Satz wörtlich, weil in der von uns durchgeführten Disziplin beide Forderungen in ihrem ganzen Umfange erfüllt sind.

Es liegt nahe, wie es z. B. die Autoren, die über Ammenwesen, Ammenkinder und damit zusammenhängende Verhältnisse gearbeitet haben, thun: die künstliche Ernährung der Neugeborenen als den wesentlichsten

Faktor, der zu ihrer Dezimierung beiträgt, zu betrachten. Nach Bertillon sterben im Département Loire inférieure die künstlich ernährten Ammenkinder zu 75% schon im 1. Lebensjahre, während die Überlebenden in grofser Zahl dahinsiechen; in den Bezirken Château Ninon, Nièvre, wo zahlreiche Frauen sich als Ammen verdingen, herrscht eine Sterblichkeit von 33%, die aber, als die betr. Personen während des Krieges 1870—71 zu Hause bleiben mufsten, auf 17% sank. In Écosse, wo Ammenindustrie unbekannt ist, wo fast alle Mütter ihre Kinder selbst stillen, sterben nur 11%. (Zitat aus: Uffelmann, *Handb. der priv. u. öffentl. Hygiene des Kindes.* — Eschle, *Centrbl. für Kinderheilkunde.* I. No. 8. Nov. 96.) Unter den bei uns gehandhabten Verhältnissen ist es nicht ohne weiteres richtig, dieses Moment als das wesentlichste anzuschuldigen, wenn ich auch natürlich an seiner bedeutenden Beeinflussung durch dasselbe nicht zweifle: Denn wie erwähnt, wird während der ersten 6 Wochen mit gröfster Strenge darauf gehalten, dafs jede Prostituierte ihr Kind selbst stillt, zweifellos ein längerer Termin, als die kurze Spanne Zeit, in der ein Ammenkind die Wohlthat der Mutterbrusternährung geniefst.

Was das Alter betrifft, das von den Kindern erreicht ist, so ergiebt die Tabelle, dafs das erste Vierteljahr die gröfste Sterblichkeit aufweist, in den folgenden Jahresvierteln sind die Zahlen annähernd gleich. Von den am Ende des 1. Jahres lebenden Kindern war es bei 4 nicht möglich, weitere Daten über ihr weiteres Leben zu erlangen. Von den übrigen ist uns noch der Tod dreier Individuen im 3. bezw. 6. bezw. 8. Jahre bekannt geworden, der an akuten Infektionskrankheiten erfolgte. Die Todesursache liefs sich, abgesehen von diesen, bei 16 feststellen. Wir notierten

Pädatrophie und Brechdurchfall	11 mal
Bronchopneumonie	1 mal
Pneumonie und eitrige Perikarditis nach Abscess der Brustdrüse	1 mal
Pneumonie und Pertussis	1 mal
Meningitis nach Perforation einer Spina bifida	1 mal
Cholera[11]	1 mal

Bei den Kindern syphilitischer Mütter gestalten sich die Verhältnisse

[11] Ich hatte, als ich mit der vorliegenden Arbeit begann, eigentlich die Absicht, das für Hamburger Verhältnisse so einschneidende Cholerajahr 1892 aus dem Bereiche meiner Untersuchungen fortzulassen. Die Sterblichkeit an Cholera, vermutete ich, sei so grofs gewesen, dafs sie die Statistik erheblich beeinflussen und ungenauer machen würde; handelte es sich doch wohl meist um Kinder, die in jenen Gängevierteln aufgezogen wurden, in denen die Cholera die gröfsten Opfer gefordert hatte. Es ergab sich indes das überraschende Resultat, dafs 1. in der in Frage kommenden Zeit nur einige wenige Puellenkinder das Licht der Welt erblickten, 2. dafs von ihnen nur 2 an Cholera zu Grunde gingen. Es lag also kein Grund vor, die betreffenden Jahresabschnitte unberücksichtigt zu lassen. Bezüglich des ersten Punktes ist wohl das allgemeine Reifsausnehmen gleich nach Bekanntwerden des Ausbruches der gefahrbringenden Epidemie in Betracht zu ziehen.

folgendermafsen: Bei 103 macht sich die Syphilis in keiner Weise bemerkbar; es sind völlig ausgetragene, kräftig entwickelte, bei der Geburt lebensfähige, widerstandsfähige Neugeborene. Bei 80 äufsert sich die Syphilis in verschiedener Form. Hierunter sind 13 nicht völlig ausgetragen und zeigen bei der Geburt mehr oder minder deutliche Zeichen der Unreife. Ihre Entwickelung in den ersten Lebensjahren ist aber eine derartig gute, dafs sie als durchaus lebensfähig mit in den Kreis der Betrachtung gezogen zu werden verdienen.

A. 80 Kinder, bei denen kongenitale Syphilis sich geltend macht.
   1. 13 nicht völlig ausgetragen.
      a) 6, bei denen, abgesehen von dem Umstande, dafs sie einige Wochen zu früh geboren wurden, im weiteren Verlaufe keine manifesten Zeichen von Syphilis zur Beobachtung kamen.
      b) 7 zu früh geborene Kinder mit deutlichen Zeichen hereditärer Syphilis.
   2. 67 rechtzeitig am Ende der Schwangerschaft geborene.
      a. 5 bei der Geburt bereits her.-syph. Symptome aufweisend.
      b. 62, bei denen die kongenitale Lues sich erst intra vitam manifestierte.

B. 103 Kinder, von syphilitischer Mutter rechtzeitig geboren, ohne Zeichen kongenitaler Syphilis.

Es sei mir gestattet, vorstehende Kategorien etwas zu erläutern: Von 13 nicht völlig ausgetragenen, unreifen, aber lebensfähigen Kindern wird nur eines am Ende des 1. Lebensjahres aus der Kontrolle entlassen und ist zur Zeit 4 Jahre alt, völlig gesund und ohne Stigmata für her. Syphilis; ein zweites ist nach einem Vierteljahre unserer weiteren Beobachtung entzogen.

	Gestorben sind:		
	4 zu früh geborene	7 zu früh geborene mit manifester hereditärer Syphilis	
	Zeit des Todes		Zeit des Auftretens der her. Syphilis
1. Monat		2	2
2. Monat	1	1	2
3. Monat		1	2
4. Monat	1	1	
5. Monat	1		
6. Monat			1
7. Monat		1	
8. Monat	1		
9. Monat			
10. Monat		1	

Hier sehen wir also, dafs die Sterblichkeit absolut = 1 ist, wenn die hereditäre Syphilis in einem nicht ausgetragenen, dadurch geschwächten und in der Entwickelung gehemmten Organismus sich manifestiert. Die Krankheit zeigt sich in der Regel im ersten Vierteljahre; je früher sie auftritt, desto sicherer und rascher führt sie zum Tode.

Die hereditäre Syphilis äufserte sich ein Mal als viscerale Syphilis, zwei Male in der Form der Melaena neonatorum, drei Male als Hautsyphilis.

Aus der Kasuistik sind folgende Fälle bemerkenswert:

Prot. No. 56. C. B., 1882. 31. III. geboren, nicht völlig ausgetragen. Ohren z. Thl. noch häutig, Nägel nicht bis an die Spitzen verhornt. R. Hode im Leistenkanale, l. fehlt. Intensiver Icterus.

11. IV. Der Icterus hat zugenommen. Die Abstofsung des Nabelringes geht nicht in normaler Weise vor sich. Nach dem Abfall der Portio caduca ragt aus dem umschnürenden Ring ein fast 1 cm langer Knopf hervor, der offenbar ein Stück von den nicht regelmäfsig thrombosierten Nabelgefäfsen enthält.

16. IV. Das Kind nimmt die Brust, verfällt aber zusehends. Die Augen eitern stark. Der Granulationsknopf am Nabelringe trocknet langsam ein. Der Icterus höchst intensiv.

19. IV. Kollaps zunehmend. Auf dem Rücken und den Extremitäten zahlreiche, bis groschengrofse Blutunterlaufungen. Icterus im Gleichen.

25. IV. Unter zunehmender Kälte der Haut und fortwährender Vergröfserung der Sugillationen erfolgt der Tod.

Obduktion. Hochgradig abgemagertes Kind mit ikterischen Hautdecken. Im Unterhautbindegewebe finden sich zahlreiche dunkelrote, grofse Blutextravasate, so an den Bauchdecken, unter der Galea, sowie am Rücken und den Extremitäten. — Nabelgefäfse völlig thrombosiert, nirgends eine Spur von Entzündung oder Erweichung der Thromben. Sämtliche Organe intensiv ikterisch. Lungen und Herz ohne Abnormitäten. Milz etwa von der Gröfse einer doppelten Kinderfaust, sehr derb, auf dem Durchschnitte glänzend, blutreich. Leber gleichfalls vergröfsert, durchweg durch diffuse Bindegewebshyperplasie induriert, Gallenblase enthält nur hellen Schleim, der durch Druck aus den nicht verlegten, stark geschwollenen Papillen ins Duodenum entleert wird. Das Parenchym der Leber gerunzelt, Acinizeichnung nicht deutlich, die Glissonsche Kapsel intensiv verdickt, auf dem Durchschnitt als solche deutlich erkennbar. Darmschleimhaut ohne Veränderung. Knochen frei. Gehirn nicht ikterisch, blutarm, ödematös. Zahlreiche Blutungen in und unter der Dura mater.

Ein zweiter sehr ähnlicher Fall (Prot. No. 115: C. F. W.) verlief einige Tage kürzer. Das im siebenten Schwangerschaftsmonate zur Welt gebrachte, lebensfähige Kind zeigte bald nach der Geburt Blutungen aus dem Munde und dem Nabel. Nachdem der Nabel in normaler Weise abgefallen und der Nabelring verheilt war, zeigten sich im Umkreise des letzteren mehrere ganz kleine Exkoriationen, aus denen Blut heraussickert. Ferner Petechien am Malleol. ext. links und an der rechten Kniescheibe. Endlich sickert etwas Blut fortgesetzt aus dem Munde heraus. Das Kind starb, nachdem es zunächst erheblich an Gewicht zugenommen hatte, 3 Wochen alt, nachdem die Körpertemperatur trotz Watteeinwickelung und Wärmflaschen subnormal geblieben war. Wachsbleiche Hautfarbe.

Obduktion: Atrophisches, 33 cm langes, nicht ausgetragenes Kind. Vereinzelte Petechien an Rumpf, Extremitäten und Mundschleimhaut. Im Darm stellenweise im Ileum starke Gefäfsinjektion. Darminhalt zum Teil blutig tingiert. Übrige Organe ohne bemerkenswerten Befund.

67 ausgetragene Kinder zeigten Erscheinungen, die als hereditär syphilitisch sich dokumentierten. Hiervon wurden 2 im siebenten Lebensmonate weiterer Beobachtung entzogen, 48 starben im Laufe des ersten Jahres, 17 wurden aus der Kontrolle entlassen. Folgende Tabelle soll den Einfluſs des Termins des Auftretens der ersten Symptome auf die Mortalität illustrieren:

Die syphilitischen Erscheinungen zeigten sich		Hiervon		
		sterben:	leben:	vorzeitig entlassen:
bei der Geburt	bei 5	5	—	
im 1. Monat	„ 10	10	—	
„ 2. „	„ 14	10	4	
„ 3. „	„ 20	12	8	
„ 4. „	„ 10	6	2	2
„ 5. „	„ 4	3	1	
„ 6. „	„ 1		1	
„ 7. „	„ 1	1	—	
„ 8. „	„ 1	1	—	

Die Mortalität an hereditärer Syphilis beträgt bei ausgetragenen Kindern danach ca. 72 % im ersten Lebensjahre. Im allgemeinen ergiebt sich, daſs die ersten Monate die gefährlichen sind, daſs wir im zweiten Vierteljahre nur bei einem Viertel sämtlicher Fälle den Beginn der Symptome, aus denen sich der jeweilige Krankheitszustand zusammensetzt, beobachten, daſs in späterer Zeit noch vereinzelte Male Kinder erkranken, dies aber als auſsergewöhnlich später Krankheitsbeginn zu betrachten ist. Die gröſste Erkrankungsziffer weist in obiger Tabelle der dritte Monat auf; doch sind nach dem oben Gesagten diese Zahlen eben nur relativ zu betrachten, da alle die Kinder aus der Untersuchungsreihe fortgeblieben sind, die, mit syphilitischen Erscheinungen bei der Geburt oder kurz nach derselben behaftet, in den ersten Lebenstagen zu Grunde gehen. Dies erklärt auch bis zum gewissen Grade die bei meinen Beobachtungen sich ergebende, oben erwähnte Differenz gegenüber den Angaben anderer Autoren. Nach Vogel-Biedert[12] tritt die hereditäre Syphilis im 1. bis 6. Monate auf und zwar in 82,8 bis 86 % der Fälle im 1. und 2. Monate, in 9 % im 3. Monat, in 4 % im 4. Monate. Pollak[13] hält die Fälle, in denen die Krankheit erst im 3. Monate ausbricht, für relativ selten. Kassowitz[14] sah in 124 Fällen nur 18 mal die ersten Erscheinungen im 3. Monate. Diday und Roger in 172 Fällen nur 5 mal im 4. Monate. B. W. Dunn[15]

[12] Vogel-Biedert, *Lehrbuch der Kinderkrankh.* 1890. pag. 569.
[13] Pollak, Einige Bemerkungen über die Syphilis der Kinder. *Wiener med. Wochenschr.* 1890. No. 22—25.
[14] Kassowitz, *Die Vererbung der Syphilis.* 1876.
[15] B. W. Dunn, *Brit. med. Journ.* 1865. Bd. II. S.. 600.

in 53 Fällen 10 mal im 3., 2 mal im 4. Monate, Romminghano[16] (723 Fälle) fast ausschliefslich innerhalb der ersten 4 Monate. Jedenfalls zeigt das 1. Vierteljahr die gröfste Morbidität, auch bei den lebensfähigen Kindern, die von Anfang an kräftig erscheinen und eine gute Entwickelung versprechen. Des weiteren ergiebt die Tabelle, besonders in Verbindung mit der folgenden, dafs die vererbte Krankheit um so deletärer ist, je früher sie Erscheinungen macht. Von den bei der Geburt mit Syphilis behafteten (meist sind es die verschiedenen Pemphigusformen, die zur Beobachtung kommen) und den während der ersten vier Wochen erkrankten Kindern stirbt ein jedes. Von 14 im 2. Monate erkrankten leben 4, von 20 im 3. Monate 8. Für die späteren Termine sind die Zahlen nicht grofs genug, um weitgehende Folgerungen daraus zu ziehen.

Der Tod erfolgte:

im	1.	Monate	5 mal
„	2.	„	2 mal
„	3.	„	8 mal
„	4.	„ 10	mal
„	5.	„	4 mal
„	6.	„	7 mal
„	7.	„	1 mal
„	8.	„	5 mal
„	9.	„	4 mal
„	10.	„	2 mal
„	11.	„	1 mal

Die gröfste Sterblichkeit zeigt der 4. Monat. Im ersten Halbjahre sterben $^3/_4$ aller erkrankten Kinder.

Die Äufserungen der Krankheit bestanden in:

Papulosquamöses Exanthem der Haut und Schleimhäute	42 mal
Lichen syphiliticus.....	8 mal
Impetiginöse und pustulöse Syphilide	7 mal
Pemphigus syphiliticus	9 mal
Knochensyphilis (Osteochondritis).....	5 mal
Rhypia.....	2 mal
Gummata cutis.....	2 mal
Hepatitis interstitialis	1 mal
Keratitis specifica.....	1 mal
Onychogryphia	1 mal
Hämorrhagische Diathese (Melaena etc.)	2 mal
Coryza wurde notiert.....	37 mal

[16] Romminghano, De différentes formes de syph. infantile, observées à l'hôpital des enfants depuis 1874—1892. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XV. 7. S. 353. 1892.

Als direkte Todesursache ergab der Sektionsbefund:

Brechdurchfall (Gastroenteritis)	8 mal
Pädatrophie	8 mal
Bronchopneumonie (Influenzapneumonie)	5 mal
Miliartuberkulose	3 mal
Hämorrhag. Diathese, Melaena etc.	3 mal
Erysipelas	1 mal
Syphilis und Pyämie	1 mal
Syphilis und Otitis media purul.	2 mal
Pneumonia alba	1 mal
Syphilis hereditaria cutis ohne pathognomonische Stigmata der Intestina	8 mal
Obduktion unterblieben	8 mal.

Um sich über die Heftigkeit der Erkrankung und die Widerstandsfähigkeit der Befallenen eine Vorstellung bilden zu können, sei auch noch die folgende Übersicht angebracht:

Die Dauer der Syphilis von ihrem ersten Auftreten bis zum Tode betrug:

ca. 1 Woche	4 mal
ca. 2 Wochen	12 mal
ca. 3 Wochen	3 mal
ca. 4 Wochen	1 mal
ca. 5 Wochen	3 mal
ca. 6 Wochen	1 mal
ca. 7 Wochen	5 mal
ca. 8 Wochen	4 mal
ca. 3 Monate	6 mal
ca. 4 Monate	5 mal
ca. 5 Monate	5 mal
ca. 6 Monate	4 mal
ca. 8 Monate	1 mal
darüber	2 mal
Summa	56 Tote (= 49 ausgetragene + 7 zu früh geborene).

Während der Beobachtung wurden bei 21 = 31,4% bezw. 26,3% Recidive beobachtet. Darunter sind 2, bei denen die Syphilis häufiger als ein mal recidivierte.

Von 21 Kindern mit recidivierender Syphilis sterben 10 im ersten Lebensjahre, sind 10 am Ende des ersten Lebensjahres am Leben, wird 1 vorzeitig im Alter von 7 Monaten der weiteren Beobachtung entzogen. Von den 10 am Ende des ersten Lebensjahres aus der Kontrolle ent-

lassenen sterben noch 3 unter unserer Beobachtung im 14., bezw. 18., bezw. 30. Monate.

Von 17 am Ende des ersten Lebensjahres überhaupt noch lebenden Kindern haben 10 vorher recidivierende Syphilis.

Das Intervall zwischen dem ersten und zweiten Offenbarwerden der Syphilis betrug

einige Tage	2 mal
2 Wochen	2 mal
3 Wochen	2 mal
5 Wochen	5 mal
6 Wochen	1 mal
2 Monate	1 mal
3 Monate	2 mal
3¼ Monate	1 mal
3¾ Monate	1 mal.

In einem Falle (Prot. No. 51: L. O.) betrug der Zwischenraum 13 Monate.

1888, 29. II. geboren, ausgetragen, kräftig.
20. V. Schlechter Ernährungszustand. Exanthema papulosquamosum. Osteochondritis der oberen Tibien und unteren Humerusepiphysen.
12. VI. Haut an Armen und Beinen von Pigmentflecken getigert. Entl. Gew. 8 Pfd.
1889. 3. VII. Abgemagert und elend. Gew. 11 Pfd. Adenopathie. Coryza. Pustulöse Syphilide. Rhachitis.
19. VII. Gew. 11 Pfd 200 g. Entlassen.
22. XII. An Pädatrophie und Rhachitis verstorben.

In 2 Fällen recidivierte die Syphilis häufiger: in dem einen betrug das erste Intervall 1 Monat, das zweite 4 Monate; in dem anderen traten mit 8—14tägigen Pausen während des ersten Lebensjahres immer frische Nachschübe von Exanthem (Lichen) in Erscheinung.

Es bedarf wohl kaum einer Erwähnung, daſs in allen Fällen sofort nach dem Auftreten des Krankheitsbildes antisyphilitische Behandlung eingeleitet wurde, die in Applikation von Quecksilber in irgend welcher Form bestand. Bei jüngeren Individuen wurden mit Vorliebe Sublimatbäder (0,5 bis 1,0 pro balneo) verordnet, kräftige Kinder wurden mit Inunktionskur behandelt; auſserdem kamen Kalomel, Jodeisen, Jodkalium und ähnliche Präparate zur Verwendung. Bei den Kindern, welche nach Ablauf der für Mutter und Kind angeordneten Quarantäne erkrankten, also am Ende des zweiten Monats und später, muſste naturgemäſs künstliche Ernährung stattfinden, ein Umstand, der die erzielten Resultate doch noch als überaus günstig erkennen läſst.

Betonen doch alle Autoren, dafs bei der so überaus infausten Prognose der kongenitalen Syphilis nur diejenigen Kinder irgend eine Chance für Gesundung und kräftige Entwickelung haben, die lange Zeit von der Mutter gestillt werden. So sagt WIDERHOFER[17]: „Von den Kindern, die syphilitisch auf die Welt kommen, besonders wenn sie früher geboren werden, sterben gewifs 99%, wenn sie nicht zur Brust kommen.“ HENOCH[18] hält alle hereditär-syphilitischen Kinder, welche künstlich ernährt werden, für verloren. Nach VIOLETS[19] Beobachtungen sterben künstlich ernährte hereditär-syphilitische Kinder alle, während die Mortalität der von der Mutter genährten Individuen wesentlich geringer ist. (Von 40 hereditär-syphilitischen Kindern sterben 31 künstlich ernährte insgesamt kurze Zeit nach der Geburt; von 9, welche Mutterbrust erhielten, wurden 7 älter als 4 Monate.) Nach OSTERLENS[20] Daten ist die mittlere Sterblichkeitsziffer kongenital luetischer Kinder bei natürlicher Ernährung 70—80%, bei künstlicher Ernährung 90—95%. Wenn demnach von den an hereditärer Syphilis unter unserer Beobachtung erkrankten Prostituiertenkindern, die sich, einerseits da sie früh entwöhnt sind, andererseits da sie als Kostkinder keiner besonders guten Pflege teilhaftig werden, keineswegs in guten hygienischen Verhältnissen befinden, nur drei Viertel sterben, so ist dieses Resultat wohl mit Recht als relativ günstig zu bezeichnen; freilich betreffen diese Beobachtungen ja nur diejenigen Individuen, die von der Geburt an als lebensfähig erkannt sind; sie sind — sit venia verbo — „am grünen Holze“ gemacht. Trotzdem müssen auch wir in Übereinstimmung mit FOURNIER,[21] ZEISSL,[22] TROUSSEAU, KASSOWITZ, NEUMANN, ANTON[23] und vielen anderen gestehen, dafs „die hereditäre Syphilis die schwerste Dyskrasie ist, die die Neugeborenen mit auf die Welt bringen und die sie dezimiert.“ (POLLAK.)

Kasuistik.

Prot. No. 189: N. E. VII. 1889. 17. in der Entbindungsanstalt geboren; hatte schon bei der Geburt Pemphigusblasen und hat (vom 2. Lebenstage an) 10 Sublimatbäder in der Entbindungsanstalt bekommen. Wird von der Mutter gestillt.

29. VII. Gew. 6 Pfd. 400 g, aufgenommen. Kleines Granulom am Nabel. Drüsen kaum geschwollen. Starke Coryza. An den Nasenflügeln kleine eingetrocknete, mit dicken Borken bedeckte Blasen. Geschwürige Rhagaden in beiden Mundwinkeln. Haut der Handteller und Fufssohlen dunkel kupferfarben, teils in grofsen Lamellen schuppend, teils noch deutlich die Reste von eingetrockneten Pemphigusblasen zeigend.

---

[17] WIDERHOFER, Klin. Vorlesg. *Wien. Allg. Med.-Ztg.* 1886.
[18] HENOCH, *Vorlesungen über Kinderkrankheiten.* 1889. S. 105.
[19] VIOLET, *Thèse*, 1874. S. 58.
[20] Aus dem Ref. im *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1895. Bd. 32. S. 462 eines Vortrages von A. HAVAS *Syphilis und Laktation*, gehalten auf dem VIII. internationalen hygienischen und demographischen Kongrefs zu Budapest.
[21] FOURNIER, *L'hérédité syphilitique.* Kapitel 34.
[22] v. ZEISSL, *Lehrbuch der Syphilis.*
[23] J. ANTON, Inaug.-Dissert. Berlin 1880.

Die Haut des übrigen Körpers normal. Kopf dicht behaart. Gelenkenden nicht schmerzhaft. Sublimatbäder à 0,5 pro die.

2. VIII. Im Gesicht, besonders an den Nasolabialfalten, an der Stirn, Nasenwurzel, in den Augenbrauen sind zahlreiche, zum Teil konfluierende, neue Blasen entstanden, die Handteller und Fußsohlen dagegen heilen ab. A. B. gut.

4. VIII. Im Gesicht beständig Zunahme der Blasen.

5. VIII. Das Kind befand sich bis gestern Nachmittag ganz wohl, wollte abends zunächst die Brust nicht anfassen. In der Nacht wiederholte Konvulsionen. Heute früh kollabiertes, ganz verändertes Aussehen. Die Haut des ganzen Körpers schwach ikterisch gefärbt. Außerdem zu beiden Seiten der Brust 2 symmetrische, umfangreiche, blauschwarze Sugillationen, die sich von den Brustwarzen abwärts bis hinab zur Nabelhöhe erstrecken. Ferner ist die rechte Hinterbacke mit Blut unterlaufen, und auf der Höhe der Sugillationen, etwa dem Trochanter major entsprechend, eine groschengroße, schlaffe, mit blutigem Serum gefüllte Blase. Kleinere Sugillationen finden sich endlich über den Dornfortsätzen der Wirbelsäule. Exitus letalis.

Obduktion ergiebt, abgesehen von den beschriebenen Veränderungen der Cutis und Subcutis: sehr blasses, eigentümlich glänzendes Herzfleisch. Atelektase der Unterlappen beider Lungen, vikariierendes Emphysem der Oberlappen, Milztumor, sehr enge Dünndarmschlingen, sonst nichts Wesentliches.

Prot. No. 128. Fr. M. M. 29. X. 1894 im Spital geboren. Mutter frühsyphilitisch, Infektion kurz vor der Konzeption oder gleichzeitig mit ihr. Ausgedehnte antisyphilitische Behandlung. Zur Zeit der Niederkunft bietet die Mutter frische syphilitische Erkrankungsformen. Kind ist gut entwickelt, völlig ausgetragen, wird von der mit Hg behandelten Mutter gestillt, wiegt 5 Pfd. 200 g.

4. XI. Nabelschnur abgestoßen. Geringer Ikterus.

8. XI. Ikterus stärker. Kleine Hämorrhagie am Nabelring, mehrere groschengroße, frische Sugillationen links unter der Thoraxhaut über den mittleren wahren Rippen. Geringe Blutung aus der Mundhöhle. Temperatur normal.

9. XI. An der rechten Seite des Thorax einige frische Sugillationen. Aus einer gestern an der rechten Hinterbacke behufs Blutuntersuchung gemachten kleinen Einstichöffnung ist bis heute früh beständig ein wenig Blut hervorgesickert. Das Kind saugt gut; der Stuhl ist gebunden, goldgelb, aber von feinen hellroten Blutstreifen überzogen. Hautikterus geringer.

11. XI. Die Sugillationen bilden sich zurück, neue sind nicht entstanden. Das Kind saugt gut. Aus der Einstichsöffnung findet trotz eines Collodium-Watteverbandes ein beständiges, geringes Stillicidium sanguinis statt. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt keine Netzhautblutungen. Harn normal. Ikterus geschwunden. Blutbefund ohne Besonderheit.

13. XI. Die Blutung hat aufgehört. Befund gut.

16. XI. Befund gut. An beiden Seiten des Thorax in der Mamillarlinie jetzt reichlich groschengroße, dunkelblaurote Sugillationen. In der Mitte derselben befinden sich kirschkerngroße, harte, scharf umschriebene und hin und her schiebbare Hämatome.

19. XI. Etwas blutiger Speichel.

23. XI. Heute Nacht plötzlich ein reichlich teerartiger, mit schwarzen Blutgerinnseln untermischter Stuhl. Eingetrockneter Blutpfropf im linken Nasloch. Mäßiger Kollaps.

24. XI. 4 reichliche teerartige Stühle. Haut wachsbleich. Hände und Füße noch warm, auch saugt das Kind noch gut. Keine neuen peripheren Blutungen. Mehrfach schwarzes Erbrechen. Gewicht 5 Pfd. 200 g.

25. XI. Noch zweimaliges Erbrechen von reinen, groschengroſsen Blutgerinnseln und zahlreiche teerartige Stühle. Exitus letalis.

Sektion: Abgemagertes, blasses Kind. Am Rücken und Thorax mehrere erbsen- bis markstückgroſse, bläulich verfärbte Stellen, denen geringe Blutansammlungen im Unterhautbindegewebe entsprechen.

An der Konvexität des Gehirns liegt der Arachnoidea ein thalergroſses Blutgerinnsel auf, ebenso an der rechten Kleinhirnhemisphäre. Hirn durchweg sehr blaſs, weich; kleinste punktförmige Hämorrhagien an dem Plexus. Herz schlaff. Herzfleisch auffallend blaſs. Mikroskopisch körnige Trübung, kaum erkennbare Querstreifung. Kleine punktförmige Hämorrhagien im Endokard des linken Ventrikel. Milz etwas vergröſsert 6,5 : 4 : 1,5. Follikel bräunlich vortretend. Nieren normal. Dünndarmschlingen sehr eng. Im Dünndarm dünnbreiiger gelber Kot. Im unteren Teil des Dickdarms gelbbrauner Kot. Schleimhaut durchweg blaſs. Leber von normaler Gröſse; Oberfläche und Durchschnitt grünbraun, ohne deutliche Läppchenzeichnung. Knochenepiphysen intakt. Knochenmark makro- und mikroskopisch normal. Cavum pharyngonasale, Paukenhöhlen frei. Periphere Nerven (Osmiumpräparat) ohne Pathologisches. Dagegen im Rückenmark neben ausgedehnten Gefäſsveränderungen herdweiser Zerfall der Nervenfasern, wie bei perniciöser Anämie Erwachsener.

Prot. No. 17. A. Br. 24. V. 1886 geboren. Ausgetragen, völlig normal entwickelt. Mutter frühsyphilitisch, am Anfange und in der Mitte der Schwangerschaft an sekundären Recidiven behandelt.

2. VI. Gewicht 6 Pfd. 400 g. Haut auf Brust, Bauch und Rücken in ziemlich groſsen Lamellen schuppend. Nabel etwas vorgewölbt. Nabelring noch granulierend. Wird teils von der Mutter, teils mit der Flasche ernährt.

17. VI. Das Kind, bis jetzt gut gediehen, ist seit einigen Tagen unruhig. Heute zeigen sich am linken Handrücken, unter dem Kinn, an den Waden stecknadelkopfgroſse, kreisrunde, blauschwarze Stellen, von einem lebhaft geröteten Hofe umgeben. Dieselben sehen wie Hautembolien aus.

19. VI. Einige der beschriebenen Stellen sind einfach weggetrocknet; der Hof ist abgeblaſst und die Haut desquamiert im Umfange der Verfärbung; andere haben sich in Pusteln verwandelt, die auf der Spitze einen blauschwarzen Punkt tragen; der Fleck auf dem linken Handrücken endlich ist gangränös zerfallen; an seiner Stelle ist jetzt ein erbsengroſses tiefes Loch, von geschwollener, glänzender, livide geröteter Haut umgeben; auſserdem zeigen sich heute an den Hinterbacken schuppende Papeln. A. B. gut.

21. VI. Die beschriebenen Exanthemstellen trocknen überall ein.

25. VI. Das Exanthem jetzt ganz zurückgegangen. Das Kind sieht heute plötzlich bleich und verfallen aus. Über dem Metakarpalgelenke des linken Fingers zeigt sich eine schmerzhafte Anschwellung mit schwacher Hautrötung.

26. VI. Der linke Handrücken im Gleichen. Heute zeigt sich eine schmerzhafte Anschwellung des rechten Handgelenkes und der unteren Radiusepiphyse. Sublimatbäder à 0,25 täglich.

27. VI. Die Anschwellung am rechten Handgelenke hat noch zugenommen. Kirschkerngroſser, fluktuierender Abscefs an der unteren Grenze des rechten Deltoideus. Haut daselbst verschiebbar, nicht verfärbt. Durchfall, Erbrechen. Schwach ikterische Hautfärbung.

28. VI. Mäſsiggradiger Brechdurchfall. Keine neuen Anschwellungen.

6. VII. Abscefs wallnuſsgroſs, incidiert; seröser Eiter wird entleert.

9. VII. Das Kind erholt sich und wird am

26. VII. völlig munter, mit 8 Pfd. Körpergewicht, entlassen.

(Schluſs folgt.)

Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris.

Von

Dr. Arthur Jordan in Moskau.

(Mit Tafel VII.)

Die Krankheit Pityriasis rubra pilaris ist zwar schon lange bekannt, aber unter diesem Namen erst seit Besnier, denn früher ist sie von Rayer als Psoriasis universalis und von Devergie und Anderen als Pityriasis pilaris beschrieben worden. Die eingehendste Arbeit über diese Erkrankung lieferte jedoch Besnier[1] im Jahre 1889 auf Grund von 28 Fällen, die teils der Litteratur angehörten, teils seine eigenen Beobachtungen bildeten. Seitdem sind nur wenige, neue Mitteilungen erfolgt, und wenn auch vielleicht nicht mehr jeder zur Beobachtung gekommene Fall publiziert worden ist, gehört die in Rede stehende Krankheit immerhin in die Reihe der seltenen. Unter solchen Umständen erlaube ich mir einen, bereits seit mehreren Monaten in meiner Behandlung befindlichen, Fall von Pityriasis rubra pilaris der Öffentlichkeit zu übergeben.[2]

Anamnese.

Nicolai W., bäuerlicher Herkunft, 15 Jahre alt, erfreute sich bis zu seiner jetzigen Erkrankung stets einer guten Gesundheit. Die Eltern leben und sind gesund. Im Jahre 1894 kam Patient nach Moskau und trat zuerst bei einem Schneider, später bei einem Kürschner in die Lehre. Im März 1896 wurde ihm die Arbeit schwer, weil die Finger anschwollen, ihre frühere Gelenkigkeit verloren und rot wurden. Allmählich breitete sich die Röte immer weiter und weiter über den Körper aus und zugleich trat das Gefühl einer allgemeinen Spannung ein. Aufser unbedeutendem Juckreiz fühlte sich Patient aber trotzdem ganz wohl. Um diese Zeit bemerkte auch der Kranke, dafs die Haare auszufallen begannen. Am 28. März d. J. sah er sich genötigt, in das I. Stadthospital zu Moskau einzutreten, wo er in der Abteilung des Dr. Koroboff aufgenommnn wurde. Durch die Liebenswürdigkeit dieses Kollegen wurde aber der Patient am 5. Juni in meine Abteilung transferiert, nachdem ich auch schon früher, vom Tage seiner Aufnahme in das genannte Hospital, Gelegenheit gehabt hatte, ihn täglich zu beobachten. Patient war bei seinem Eintritt gleichsam wie mit einem Panzer aus schmutziggrauen Schuppen bedeckt, welche bei jeder seiner Bewegungen in Masse abfielen und überall, wo er stand oder lag, den Eindruck hinterliefsen, als ob Mehl ausgestreut worden wäre. Die Handteller und Fufssohlen erwiesen sich schwartenartig verdickt. Nach einigen Wannenbädern reinigte sich die

[1] Besnier. Du pityriasis rubra pilaire. *Ann. de derm. et syphiligraphie.* T. X. 1889. pag. 253.

[2] Der Fall wurde von mir am 27. September 1896 in der Sitzung der Moskauer dermatologischen und venerologischen Gesellschaft vorgestellt.

A. Jordan.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Haut, bis auf die Handteller und Fufssohlen, so ziemlich von den Schuppen, aber die übrigen Hautveränderungen blieben trotz fortgesetzter Bäderbehandlung und Einreibungen der Haut mit verschiedenen Salben in statu quo. Ich will daher gleich den Status beschreiben, welchen ich am 5. Juni d. J., dem Tage, wo Patient in meine Behandlung trat, aufgenommen habe.

Status praesens.

Patient ist von seinem Alter entsprechendem, mittlerem Wuchs und gracilem Knochenbau. Das Fettpolster und die Muskulatur sind mäfsig entwickelt. Die sichtbaren Schleimhäute sind blafs. Bei oberflächlicher Betrachtung des Kranken springt zunächst die gleichmäfsig dunkelrote Färbung der Haut und das Bild einer allgemeinen Gänsehaut in die Augen. Betrachten wir aber nun die Körperteile einzeln für sich. Die Haut des Gesichts ist blasser, als der übrige Körper, schuppt in kleinen Lamellen ab, ist vielfach, namentlich über der Stirn gerunzelt und fühlt sich daher rauh an. An den Nasenflügeln und im Gebiet der Augenbrauen ist die Haut stärker verdickt.

Am Halse bildet die Haut deutlich vorspringende, quere und schräge, verdickte, schuppende Falten. Über dem Thorax ist die Haut gleichmäfsig rot verfärbt und anscheinend glatt. Bei genauerem Zusehen erkennt man jedoch, dafs die Haut an dieser Partie übersät ist mit dichtstehenden, sandkorngrofsen, roten Knötchen, welche ihrer Anordnung nach den einzelnen Haarfollikeln entsprechen. Am unteren Teil des Abdomen und auf dem Scrotum erhebt sich die Haut in ebensolchen Falten, wie am Halse. Die Haut des Rückens unterscheidet sich nicht von derjenigen der Brust, nur entsprechend dem Gesäfs sind die Knötchen etwas gröfser, als an den genannten Partien, worüber aber noch bei Beschreibung der unteren Extremitäten gesprochen werden soll. Die oberen Extremitäten zeigen im allgemeinen denselben Farbenton, wie die Haut des Rumpfes, nur die stark vorspringenden Falten der Axillargegend sind dunkler tingiert. Gleich wie der Rumpf sind auch die oberen Extremitäten dicht besät mit kleinen Knötchen, welche aber an den letzteren und ganz besonders an den Vorderarmen stärker über das Niveau der Umgebung emporragen und sich derb anfühlen, so dafs man den Eindruck eines Reibeisens erhält. Die Gröfse der Knötchen schwankt zwischen derjenigen eines Sandkornes und eines Stecknadelkopfes. Stellenweise sind die Knötchen im Zentrum von einem Haar durchbohrt und tragen auf ihrer Kuppe ein Epidermisschüppchen. Beim Abkratzen der Schüppchen mit dem Fingernagel findet kein Blutaustritt statt. Obgleich sowohl die Streck-, wie die Beugeseiten Knötchen tragen, stehen dieselben auf ersteren doch ein wenig dichter. Auf den Handrücken und den dorsalen Flächen der ersten zwei Phalangen sind die Knötchen etwas über stecknadelkopfgrofs und weisen eine zentrale Delle auf. Aufserdem sind die Knötchen auf den ersten zwei Phalangen in Gruppen angeordnet, die dritten Phalangen entbehren der Knötchen vollständig. Entsprechend den Interphalangealgelenken ist die Haut glatt und etwas glänzend im Gegensatz zu der rauhen Haut entsprechend den Ellenbogen und der Handwurzel. Die Handteller sind gleichmäfsig schwielenartig verdickt und nur die normalen Linien der Haut springen als tiefe Furchen in das Auge. Die Nägel sind verdickt, längsgerippt und an ihrem distalen Ende zu einem Drittel des Nagels gelb verfärbt. Die unteren Extremitäten zeigen im allgemeinen dieselben Hautveränderungen wie die oberen, nur mit dem Unterschiede, dafs die Knötchen an den unteren Extremitäten, vom Gesäfs bis zu den Füfsen herab, breiter und höher sind, als dort. Die Haut über den Knien ist grob und faltig und an den Fufssohlen ebenso verhornt, wie an den Handflächen. Die Nägel der Zehen unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der Finger.

Hinsichtlich der Haare ist zu bemerken, dafs die Kopfhaare stark gelichtet und so stark mit Schüppchen bedeckt sind, dafs sie wie mit Mehl bestäubt erscheinen.

Die Augenbrauen sind nur noch spärlich vorhanden. In der Schamgegend und unter den Achseln fehlen die Haare noch ganz.

Brust- und Bauchorgane bieten keine Abweichungen von der Norm dar. Der Urin enthält weder Eiweis, noch Zucker. Die Körpertemperatur ist normal. Der Puls ist kräftig und regelmäfsig. Die Sensibilität der Haut ist überall vollständig erhalten.

Krankheitsverlauf.

Während des Juni liefsen sich keine Veränderungen konstatieren, erst im Juli schwand die allgemeine Röte über den oberen Partien der Brust und des Rückens, wie über den oberen und unteren Extremitäten. An allen diesen Stellen zeigten sich nun blafsrote Knötchen auf weifsem Grunde, so dafs das Bild der Gänsehaut noch deutlicher hervortrat. Dabei war aber die Haut einem häufigen Wechsel in der Farbe unterworfen, indem sie an den genannten Stellen immer wieder die Neigung zeigte, sich stärker zu röten. Die Knötchen selbst wiesen um diese Zeit noch keine Veränderungen auf. Im August liefs sich aber auch ein Kleinerwerden der Knötchen, speziell an den unteren Extremitäten, erkennen. Auf den Fufsrücken schwanden dieselben sogar fast ganz, ohne Hinterlassung von Narben. Desgleichen nahmen auch zwei ungefähr thalergrofse, medial von den Brustwarzen gelegene Stellen der Haut normalen Farbenton an und die Knötchen flachten hier merklich ab. Endlich begannen die Kopfhaare, wie die Augenbrauen wieder zu wachsen. Im September trat jedoch ein Rückschritt zu tage, indem sich die Haut wieder stärker rötete und die Schuppenbildung zunahm. An den wenigen, genannten Stellen aber, wo die Knötchen kleiner geworden waren, blieb die Besserung bestehen. Im Oktober liessen Röte und Schuppenbildung wieder nach und auf den Handrücken schwanden die Knötchen teilweise.[3]

Zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung wurde aus dem linken Vorderarm, wie aus dem rechten Unterschenkel des Patienten je ein Hautstückchen exstirpiert. Die betreffenden Stückchen wurden in einer frisch bereiteten, modifizierten ZENKERschen Flüssigkeit gehärtet, dann in Paraffin eingebettet und von dem Prosektor des Krankenhauses, Herrn Dr. MAMUROWSKY, in liebenswürdigster Weise untersucht. Die Färbung geschah zunächst mit den üblichen Farblösungen Hämatoxylin, Pikrokarmin etc., dann aber mittelst einer Kombination derselben, nämlich Pikrokarmin, Hämatoxylinalaun und Pikrinsäure, welche dreifache Färbung[4] sehr übersichtliche Bilder lieferte. Die Untersuchung der beiden Hautstücke ergab im wesentlichen denselben Befund, wie die Untersuchungen der übrigen Autoren, nämlich eine Verdickung des Stratum corneum, ferner eine konzentrisch angeordnete Verhornung sämtlicher Schichten der Haarfollikel, und endlich eine kleinzellige Infiltration des Stratum papillare. Die Haar-

[3] Im November hielt zwar die Besserung im Allgemeinen an, aber nebenbei traten hier und da auf den Vorderarmen und dem Gesäfs neue rote Knötchen auf. Jetzt im Dezember zeigt sich wiederum eine Abflachung der neuen, wie alten Knötchen, aber ganz frei von Knötchen sind keine neuen Stellen geworden. Die Augenbrauen stehen dichter als im August. Die Handteller und Fufssohlen fühlen sich bedeutend weicher an. Das Allgemeinbefinden war die ganze Zeit über ein gutes.

[4] Alles Nähere über diese Färbung, wie über die Härtung findet sich in dem nachfolgenden Artikel: Dr. MAMUROWSKY, *Über eine neue Färbungsmethode von Hautschnitten.*

follikel sind, wie aus der beigefügten Zeichnung sub Taf. VII ersichtlich wird, ganz angefüllt mit Hornmassen. Das Stratum Malpighii ist zwar im allgemeinen verbreitert, aber die Zellen desselben bieten keine nennenswerten Veränderungen. Die Kerne sind überall gut gefärbt. Die kleinzellige, an und für sich unbedeutende Infiltration des Stratum papillare betrifft vorzüglich die oberste Region dieser Schicht und sitzt namentlich in der Umgebung der Gefäfse und Haarfollikel. Die tieferen Partien der Papillarschicht, wie das Unterhautzellgewebe zeigen keine pathologischen Veränderungen. Desgleichen erweisen sich die Schweifs- und Talgdrüsen, wie auch die elastischen Fasern (letztere nach Färbung mit Orcein) als unverändert.

Für die Diagnose dieses Falles kämen in Betracht, können aber, wie mir scheint, leicht ausgeschlossen werden, die Krankheiten: Eccema squamosum, Ichthyosis, Pityriasis rubra Hebra, Lichen ruber planus, so dafs ich auf dieselben nicht näher eingehe. Eher könnte an Psoriasis universalis gedacht werden, aber dagegen spricht: das Fehlen der mächtigen, kalkartigen Auflagerungen besonders an den Ellenbogen und Knien, wie das Fehlen der punktförmigen Hämorrhagien beim Abkratzen der Schuppen mit dem Nagel. Die gröfste Schwierigkeit dagegen bietet die Differentialdiagnose zwischen Pityriasis rubra pilaris und Lichen ruber acuminatus, zweien Krankheiten, welche Kaposi[5] bis jetzt als eine, nämlich Lichen ruber acuminatus, ansieht. In letzter Zeit hat auch Lewin[6] beide Erkrankungen unter einer gemeinsamen Bezeichnung, nämlich: Keratosis universalis multiformis beschrieben. Da aber bisher die Mehrzahl der Autoren die Pityriasis rubra pilaris streng vom Lichen ruber acuminatus trennt, wofür, wie uns scheint, auch sehr gewichtige Gründe sprechen, so wollen wir das Gleiche thun. Für diese, wie jene Krankheit stimmen in unserem Fall die stecknadelkopfgrofsen, mit einem Schüppchen versehenen Knötchen, welche nirgends einen Übergang in eine andere Form zeigen und die Veränderungen an den Nägeln; speziell für die Diagnose Pityriasis rubra pilaris sprechen jedoch hier folgende Momente:

1. die Lokalisation der Knötchen;
2. der Verlauf;
3. das Allgemeinbefinden;
4. der mikroskopische Befund.

1. In Bezug auf die Lokalisation gilt, dafs, wenn auch der Prozefs den ganzen Körper affiziert hat, die Knötchenbildung dennoch am stärksten ist: auf den dorsalen Flächen der Finger und Zehen, dem Hand- und

---

[5] Kaposi, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. XXXI. pag. 18.
[6] Lewin, *Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 37 u. 38.

Fufsrücken und den Vorderarmen und Unterschenkeln. Gerade diese Lokalisation heben aber BESNIER,[7] BOECK,[8] NEUMANN[9] und Andere als charakteristisch für Pityriasis rubra pilaris hervor und sie entspricht den Stellen, wo die Lanugohärchen am stärksten entwickelt zu sein pflegen;

2. ist der Verlauf der Erkrankung in Betracht zu ziehen. NEUMANN[10] giebt an, dafs bei Pityriasis rubra pilaris „die Knötchen mit der Zeit abflachen mit Hinterlassung einer weichen, elastischen, nicht infiltrierten, blafsrot gefärbten, schuppenden Hautpartie." So gering die Veränderungen auch bisher in unserem Fall gewesen sind, sehen wir doch die beginnende Heilung auf den Fufs- und Handrücken, wie an zwei Stellen auf der Brust, medial von den Brustwarzen, welche die NEUMANNsche Anforderung erfüllen;

3. ist das Allgemeinbefinden zu berücksichtigen. Letzteres pflegt nämlich bei Lichen ruber acuminatus, zumal bei einer so allgemeinen Verbreitung des Prozesses, wie in unserem Fall, meist alteriert zu sein, während es bei unserem Patienten gar nicht gestört ist. Aufser über ein unbedeutendes Juckgefühl hat Patient über nichts zu klagen. Endlich

4. spricht für Pityriasis rubra pilaris der mikroskopische Befund. Wie oben beschrieben, erwiesen sich als hauptsächlich verändert die Epidermis und insbesondere die Haarfollikel, während die kleinzellige Infiltration des Stratum papillare nur unbedeutend war. Dieser Befund entspricht völlig demjenigen der anderen Autoren, nämlich: UNNA,[11] BESNIER,[12] GALEWSKY,[13] NEUMANN,[14] MOUREK.[15]

Die Ätiologie des gegebenen Falles ist ebenso wie die Ätiologie der Pityriasis rubra pilaris überhaupt ganz dunkel.

In Bezug auf das Alter gilt nach BOECK,[16] dafs die Krankheit sehr verschiedene Altersklassen betreffen kann, jedenfalls aber das männliche Geschlecht begünstigt. Unser Patient zählt 15 Jahre.

Prognostisch wäre zu bemerken, dafs von einigen Autoren eine ausgesprochene Besserung, ja sogar Heilung beobachtet worden ist, aber dafs Recidive häufig sind, so dafs BESNIER[17] in Übereinstimmung mit BOECK zu gröfster Vorsicht hinsichtlich der Prognose rät.

Über die Behandlung läfst sich augenblicklich nur sagen, dafs wir

---

[7] BESNIER, l. c.
[8] BOECK, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Bd. VIII. pag. 97.
[9] NEUMANN, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Bd. XXIV. pag. 3.
[10] NEUMANN, ibidem.
[11] UNNA, *Die Histopathologie der Hautkrankheiten.* 1894.
[12] BESNIER, l. c.
[13] GALEWSKY, Ergänzungshefte zum *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.
[14] NEUMANN, l. c.
[15] MOUREK, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. XXXIII. pag. 79.
[16] BOECK, l. c.
[17] BESNIER, l. c.

bisher kein radikales Mittel für diese Krankheit haben, denn auch Arsenik läfst im Stich. Erleichterung finden die Patienten vorzüglich durch Wannenbäder und durch Einfetten der Haut. Die Behandlung unseres Falles hat bis Anfang September in täglichen Bädern und Einsalbungen der Haut, anfangs mit der Lassarschen Paste, dann mit Teersalbe, zuletzt nur mit Vaselin bestanden. Im September wurde die Bäder-, wie Salbenbehandlung probeweise ausgesetzt, aber Anfang Oktober wieder aufgenommen und bis zum gegenwärtigen Moment, Mitte Dezember, fortgesetzt. Aufserdem schluckte Patient von Mitte August bis Ende September insgesamt 330 asiatische Pillen. Im Oktober und November aber wurden dem Patienten jeden zweiten Tag subkutane Injektionen von Natrium arsenicosum in allmählich steigender Dosis, aber gleichfalls ohne nennenswerten Erfolg gemacht. Augenblicklich nimmt Patient Eisen.

Über eine neue Färbungsmethode von Hautschnitten.

Von

Dr. A. Mamurowsky,

Privatdozent an der Kaiserl. Universität Moskau.

Das zu untersuchende Hautstückchen kommt zur Härtung in eine frisch bereitete Lösung von folgender Zusammensetzung: gleiche Teile von 5%iger Kaliumbichromat- und gesättigter wässeriger Sublimatlösung mit Zusatz von Kochsalz 0,6%. Nach 24 Stunden bringt man das betreffende, nun gehärtete Stückchen zunächst in Spiritus, um die Chromsäure zu entfernen, dann in absoluten Alkohol, dem etwas Jodtinktur zugesetzt ist, um das Sublimat zu extrahieren, hellt es endlich in Anilinöl auf und bettet es in Paraffin ein. Die erhaltenen Paraffinschnitte färbt man nun, nach vorhergehender Entfernung des Paraffins durch Xylol, auf folgende Weise: zuerst 15 Min. lang unter leichter Erwärmung in Pikrokarmin, dann nach Abspülung in Wasser 30 Min. lang in Hämatoxylinalaun. Von hier bringt man den Schnitt endlich noch auf $^1/_2$—1 Min. in eine gesättigte wässerige Lösung von Ac. picronitricum, bis sich die dunkelgefärbte Epidermis von dem hellrosagefärbten Corium unterscheiden läfst. Hierauf spült man den Schnitt in Wasser ab, entwässert in Alkohol, hellt in Bergamottöl auf und schliefst ihn in Kanadabalsam ein.

Bei einem derartig gefärbten Schnitt erweist sich die Hornschicht und das Blut gelb gefärbt, die glatte Muskulatur goldgelb, die kleinzellige Infiltration dunkelviolett und das Rete Malpighii violett mit einem Stich ins Rote.

Der Vorzug dieser Färbung besteht erstens in der scharfen Differenzierung der einzelnen histologischen Bestandteile der Haut und zweitens in der Dauerhaftigkeit des Präparates. Gerade letzteres Moment geht aber speziell der VAN GIESONschen Färbung ab.

Aus der Praxis.

Über die Bedeutung des Lupus der Schleimhäute.

Von

Dr. CH. AUDRY-Toulouse.

Im folgenden bringe ich einige Betrachtungen über den Lupus der Schleimhäute und insbesondere über die lupöse Erkrankung der Schleimhäute der oberen Luftwege und der oberen Hälfte des Speiserohrs. Denn ich halte gerade diesen Sitz des Lupus, obschon viele Dermatologen ihm keine besondere Bedeutung beilegen, für überaus wichtig. Man nimmt ja meistens an, dafs der Lupus der Schleimhäute verhältnismäfsig selten sei; ich meine dagegen, dafs die gegenteilige Behauptung die zutreffende sei und dafs der primäre Lupus der Haut ein seltenes Vorkommnis bilde.

Seit drei Jahren habe ich durch einen befreundeten Spezialisten die Nasen aller meiner Patienten, die mit Lupus vulgaris des Gesichts behaftet waren, untersuchen lassen, und bei allen diesen Patienten fanden sich auf der Nasenschleimhaut, besonders auf den Muscheln, tuberkulöse, ulcerative oder lupoide Erosionen. Für mich ist es dadurch zur Gewifsheit geworden, dafs der Gesichtslupus in der überwiegenden Mehrheit der Fälle seinen Ausgang von Bacillenansiedelungen auf der Nasenschleimhaut nimmt. Hier liegt auch der Grund, warum bei gewöhnlichen Formen gerade die Mitte des Gesichts und die Nase so häufig betroffen sind, und man lernt auch die jüngste Mitteilung von STRAUSS (Paris) würdigen, der den KOCHschen Bacillus auch auf der Nasenschleimhaut gesunder Individuen gefunden hat.

Diese Thatsachen sind ja allerdings nicht mehr ganz neu, aber sie sind noch nicht genügend bekannt, denn man unterläfst es noch immer, die Nasen von Lupösen zu untersuchen, wie sich das doch eigentlich gehört.

Schliefslich ist man jetzt auch allgemein von dem früheren Irrtum zurückgekommen und giebt zu, dafs auch der Lupus der Extremitäten mit seinen verrukösen Varietäten erst sekundär auftritt, und zwar im Gefolge von primär tuberkulösen Erkrankungen, die wohl übersehen, oder, wenn ausgeheilt, vergessen werden und in der Tiefe der Knochen, in den Gelenken oder in der Synovia ihren Sitz haben.

Ich erkläre also:

Der Lupus der Haut entwickelt sich im allgemeinen aus einem primären tuberkulösen Herd, der entweder auf der benachbarten Schleimhaut oder in den tieferen Geweben seinen Sitz hat. Der reine, primäre Lupus der Schleimhäute ist ebenso häufig, wenn nicht noch häufiger, wie der reine primäre Lupus der Haut. Die Ansiedelungen des Kochschen Bacillus in den Nasenhöhlen und den oberen Teilen der Luftwege ist von ganz besonderer praktischer Wichtigkeit. Bei der Behandlung des Gesichtslupus müssen unbedingt auch die tuberkulösen Erosionen der Nasenschleimhaut berücksichtigt werden.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. Dezember 1896.

(Orig.-Bericht von Louis Wickham-Paris.)

Die Tuberkulide. Herr Darier stellt einen Fall von „Tuberkulid" vor. Es handelt sich um ein junges Mädchen mit zahlreichen rosaroten, ziemlich harten Papeln auf dem Rumpfe. An den Seiten sind diese Papeln gröfser, einzelne im Zentrum vereitert. Der Verlauf dieser Efflorescenzen ist ein sehr langsamer. Der Ausschlag sieht einem papulösen Syphilid ähnlich, von dem hier aber keine Rede ist; früher würde man ihn vielleicht als Skrophulid bezeichnet haben. In die gleiche Kategorie gehören die Folliklis, gewisse Frostbeulen und andere Läsionen, welche stets bei tuberkulös veranlagten Individuen auftreten und welche Darier als Tuberkulide zusammenfafst.

Herr Fournier betont die grofse Ähnlichkeit dieser Affektion mit der Syphilis und glaubt, dafs jeder sich in der Diagnose getäuscht haben würde. Das beweise wieder, wie sehr die Hauttuberkulose in einzelnen ihrer Varietäten der Lues ähnlich sehe.

Keloid und Jodtinktur. Herr Feulard zeigt ein Kind, bei dem sich nach einer Applikation von Jodtinktur ein Keloid entwickelte. Herr Besnier meint hierzu, dafs es sich in allen sicher konstatierten Fällen von Keloidentwickelung nach Aufpinselung von Jodtinktur um schlechtes, verdorbenes Material gehandelt habe.

Herren Gaston und Emery stellen eine Patientin vor mit **tiefen Ulcerationen** an den Beinen. Diese Geschwüre zeigten geringe Suppuration und grofse Ähnlichkeit mit syphilitischem Gummata. Sie beginnen als knotenförmige Verhärtungen, welche, tief gelegen, von der leicht emporgehobenen Epidermis überzogen werden. Im Zentrum entsteht dann eine Öffnung, welche rasch nach der Tiefe greift und zu einem Geschwüre führt. Im Stadium voller Entwickelung umfafst die Efflorescenz drei Zonen: die zentrale Öffnung, ein peripherer Pigmentring und zwischen beiden die Epidermiserhebung. Die Patientin ist weder syphilitisch, noch tuberkulös; in ihrer Kindheit hat sie verschiedene Krankheiten durchgemacht, nach denen einer eine Keratitis zurückgeblieben war. Histologisch stimmen die Läsionen mit dem Tuberkel nicht überein, sondern bestehen aus einer knotenförmigen Anhäufung von embryonalen Zellen, die aus der Tiefe zu stammen scheinen und sich stellenweise in der Nähe von Drüsen befinden. In der Schleimschicht sieht man karyokinetische Zellen; Follikel und Tuberkelbacillen fehlen. Bakteriologisch läfst sich in den Kulturen ein unbestimmter Diplococcus nachweisen, in den Schnitten jedoch nicht.

Dieser Fall gehört offenbar zu den Darierschen Tuberkuliden, die auch hier wieder wie Syphilis aussehen.

Bei dieser Gelegenheit erwähnt Herr Fournier eines Falles aus seiner Praxis. Eine Patientin zeigte einen disseminierten papulösen Ausschlag, der ganz wie ein Syphilid aussah. Die spezifische Therapie blieb ohne Erfolg, und doch schien die Diagnose durch den Umstand gesichert, dafs die Patientin einige Jahre vorher mit Erfolg mittelst einer Quecksilberbehandlung von einer Iritis geheilt wurde. Auch andere Spezialisten diagnostizierten Lues. Eine durch Sabouraud vorgenommene Untersuchung ergab dann aber das Vorhandensein des Kochschen Bacillus.

Heredosyphilitische Augenstörungen, von den Herren Fournier und Janveran: 18jähriges Mädchen mit den gewöhnlichen Stigmata und aufserdem mit Exostosen an der rechten Tibia, sowie ulcerierten Gummata am linken Bein. Letztere Erscheinungen verschwanden innerhalb eines Monats durch Specifica. Die Augenstörungen bestehen in einer Lähmung am linken Abducens, in atrophischen Pigmentflecken des Augenhintergrundes (Choreoretinitis, wie bei der acquirierten Lues), in verästelten Pigmentierungen, welche als kongenitale Retinitis pigmentosa aufzufassen ist. Der letztere Befund dürfte zur Unterstützung der neueren Theorie dienen, wonach die Retinitis pigmentosa auf Heredosyphilis und nicht auf Blutverwandtschaft der Eltern zurückzuführen wäre.

Ulceriertes Gumma des Ohres. Herr Hermet stellt einen Patienten vor mit einem ausgebreiteten, die Gegend des Ohres, des Processus mastoid. und der Schläfen einnehmenden phagedänischen Geschwür. Dasselbe hat die Ohrmuschel bis auf einen dünnen Stiel am oberen Teile abgetrennt. Das Aussehen ist dasjenige eines Ulcus rodens. Vor einem chirurgischen Eingriffe wurde der Patient probeweise mit Kalomel und Jodkalium behandelt, obwohl aus der Anamnese nichts Spezifisches zu eruieren war. Die Besserung nach dieser Therapie war derart, dafs die Diagnose auf syphilitisches Ulcus unzweifelhaft war.

Heredosyphilitische Stigmata. Als solche konstatiert Herr FOURNIER von Zeit zu Zeit eine Dilatation der Schläfen- und Schädelvenen, sowie eine Mifsbildung der Ohrmuschel. Wie stets, betont er auch hier, dafs es sich um Degenerationserscheinungen, keineswegs aber um Läsionen syphilitischer Natur handelt.

Acquirierte Syphilis bei einem hereditär Syphilitischen. Einen solchen unzweifelhaften Fall hat Herr LE PILEUR beobachtet. Die Eltern des Patienten waren syphilitisch gewesen und dieser selbst mit Zahn- und Knochenmifsbildungen geboren worden. Später hat nun Herr LE P. bei dem nämlichen Patienten eine frische Lues im Sekundärstadium konstatiert.

Herr WICKHAM erklärt, dafs dieser Fall identisch sei mit dem von ihm in der letzten Sitzung vorgestellten.

Tertiäre Syphilis. Gummata von 3jähr. Dauer. Herr RÉNON stellt einen Fall von tertiärer mutilierender Knochen- und Hautsyphilis vor. An der Wade besteht ein Riesengumma seit bereits drei Jahren. Der Fall ist interessant wegen der grofsen Ähnlichkeit im Verlaufe mit der Skrophulotuberkulose. An der syphilitischen Natur der Affektion besteht jedoch kein Zweifel in Anbetracht der günstigen Wirkung der spezifischen Therapie.

Weitere Bemerkungen über die sog. Folliklis. Herren HALLOPEAU und BUREAU. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dafs die Läsionen dieser Affektion in der Umgebung der Gefäfse liegen. Entgegen der Ansicht verschiedener früherer Autoren sind die Drüsen nicht primär affiziert. Es kommt rasch zur Nekrose. Die meisten an Folliklis leidenden Patienten sind tuberkulös und zeigen lokale asphyktische Erscheinungen. Die Entstehung dieser Läsionen läfst sich auf folgende Weise erklären: Einführung von Toxinen, wahrscheinlich tuberkulöser Natur, in die Gefäfse der Cutis durch die Zirkulation, Entstehung proliferierender und nekrotischer Veränderungen, reflektorische Störungen in der vasomotorischen Innervation.

Behandlung der Syphilis durch intramuskuläre Injektionen von Quecksilbersalicylat. Herren HALLOPEAU und BUREAU haben diese Injektionen nach den Vorschriften von TARNOVSKY appliziert. Sie sind viel weniger schmerzhaft als die Kalomelinjektionen und werden auffallend gut von den meisten Patienten vertragen, indem keine Salivation eintritt. TARNOVSKY hat bei 176 000 Injektionen nur 12 mal, die Herren H. und B. bei 360 niemals Eiterungen beobachtet. Diese Injektionen verdienen deshalb im Gegensatz zu anderen in die tägliche Praxis der Syphilistherapie eingeführt zu werden. Bei Albuminurie sind sie keineswegs kontraindiziert, und ist diese erst syphilitischer Natur, so wird sie unter ihrem Einflusse rascher Heilung entgegengeführt. Es ist nicht wahrscheinlich, wie man dies hat behaupten wollen, dafs Recidive bei dieser Methode häufiger sind. Die verschiedenen Quecksilberpräparate erfahren im Organismus eine Spaltung, das Metall kombiniert sich mit den löslichen Chloriden. Die Verschiedenheit in ihrer Wirkung mufs demnach von Resorptionsbedingungen abhängen; diese gestalten sich aber beim Salicylat als sehr günstige.

Die Herren HALLOPEAU und LAFFITTE bestätigen die von den Herren LEREDDE und PERRIN erwähnten Thatsachen bezüglich des gleichzeitigen Vorkommens von **eosinophilen Zellen** im Blute und in den Bläschen von Patienten mit **Dermatitis herpetiformis** und des Fehlens dieser Zellen beim Pemphigus. Doch wurden in einem Falle von Pemphigus solche Elemente im Blute nachgewiesen. Diese für die Diagnose wichtige Reaktion bildet somit kein fundamentales Unterscheidungszeichen bezüglich der Natur der beiden Affektionen.

Über intradermale Knötchen mit besonderen klinischen Merkmalen bei Mykosis fungoides. Solche hat Herr WICKHAM bereits in der vormykotischen Periode nachgewiesen. Sie sind von der Größe einer Bohne, ragen über die Hautoberfläche nicht hervor und stecken in der Cutis nach Art eines in zwei Hälften gespaltenen Bleikorns, dessen ebene Fläche an der Epidermis adhärieren würde. Die Epidermis kann an solchen Stellen nicht in Falten gehoben werden; sie ist trocken, glatt, gespannt, etwas deprimiert, von leicht rosaroter Farbe und zeigt keine Desquamation. Diese kleinen, scharf abgegrenzten Tumoren werden leicht übersehen. In Fällen von hartnäckigen, infiltrierten und stark juckenden Ekzemen, wo man eine beginnende Mycosis vermutet, wird man demnach gut thun, nach diesen Knötchen zu fahnden, da sie, wenn vorhanden, die Diagnose sichern.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Wallisellen.)

New Yorker Akademie der Medizin.

Sitzung vom 2. Mai 1896.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* August 1896.)

Dr. SWINBURNE berichtet über einen **Fall von periurethralem Abscefs** des Frenulums bei einem jungen Manne. Der Abscefs wurde incidiert, mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und dann gründlich mit dem Höllensteinstift geätzt. In die Urethra schneidet Dr. S. niemals, um nicht Anlafs zu einer Fistel zu geben.

Über einen **Fall von kongenitaler Occlusion der Urethra** berichtet Dr. ALLEN. Bei der Untersuchung des Kindes fehlte das Orificium externum urethrae. Es wurde eine Incision gemacht in der Erwartung, dafs man auf den Urethralkanal stofsen würde. Man fand jedoch keine Öffnung, weshalb das Messer tiefer eingeführt wurde. Hierauf wurden wiederholte Versuche gemacht, den Durchgang eines feinen Katheters zu erzwingen. Der Fall kam dann an Dr. ALLEN, der einen externen perinealen Schnitt ausführte. Die Blase wurde von dem angesammelten Urin geleert und hierauf von der perinealen Wunde aus nach dem proximalen Ende der Urethra ein Katheter eingeführt. Das Instrument blieb etwa in dem mittleren Teile der Pars pendula urethrae stecken. Von diesem Punkte aus wurde in die Gewebe hineingebohrt bis man auf die bereits künstlich hergestellte Öffnung stiefs. Ein Stück einer kleinkalibrigen Bougie wurde rasch in die vordere Harnröhre eingelegt, die Harnröhre mit antiseptischen Lösungen ausgespült, die Perinealwunde mit Jodoformgaze verbunden. Das Kind kam auf die chirurgische Station, wo es nach einem Monate angeblich an einer interkurrenten Pneumonie starb. Die Sektion ergab eine vollständig abgeheilte Perinealwunde. Die linke Niere wog 3 Unzen, die rechte 2. Beide Nieren waren vergrößert, und beide Ureteren durch den Urin ausgeweitet. Die Blasenwände waren verdickt, die Urethra von der Blase bis 1/4 Zoll hinter der Glans penis durchgängig. Vortragender vermag nicht zu sagen, ob die Passage durch Einlegen eines Katheters auch später, nachdem der Fall seiner Beobachtung entrückt war, freigehalten wurde.

Über Bakteriurie, von Dr. H. GOLDENBERG. (Anderweitig referiert.)

C. Berliner-Aachen.

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. April 1896.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* September 1896.)

Ein Fall von lentikulärem Carcinom der Haut, vorgestellt von Dr. LUSTGARTEN. Der Patient ist etwa 50 Jahre alt, leidenschaftlicher Raucher und Potator.

Er hat niemals Rheumatismus, noch Ödem der Füfse, noch Syphilis gehabt. Sein gegenwärtiger Zustand datiert seit zwei Monaten. Der Patient klagt über Appetitlosigkeit, Diarrhoe abwechselnd mit Konstipation. Vor drei Wochen waren zahlreiche subkutane Knoten am ganzen Körper aufgetreten. Subjektive Symptome verursacht das Leiden nicht. Die Tumoren sind flach, verhärtet und scheinen aus den tieferen Schichten der Cutis zu entstehen. Die Untersuchung per rectum ergab einen ganz grofsen Tumor, der unmittelbar über dem Sphincter seinen Sitz hatte. Vortragender sieht den Fall als ein lentikuläres Carcinom der Haut an, das sekundär im Anschlufs an irgend ein viscerales Gewächs entstanden ist.

Dr. Bulkley und Dr. Piffard bezweifeln die Diagnose. Letzterer möchte eher multiple Fibrome annehmen.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder erklären die Tumoren als bösartig.

Fall zur Diagnose, vorgestellt von Dr. Bronson. Die 30jährige ledige Patientin, Wäscherin, erkrankte im November 1895 mit Beschwerden im Halse, Heiserkeit und Schwellung der linksseitigen Occipitaldrüsen. Gleichzeitig zeigte sich zuerst auf der Stirn ein Hautausschlag in Form von Papeln, später wurden in ähnlicher Weise auch andere Teile des Gesichts und die Extremitäten befallen. Der Stamm blieb stets frei. Jucken war nicht vorhanden. Im Januar 1896 sah man eine etwas überkrustete, grofse Plaque auf der Stirn, sonst zumeist dunkelrote, verschieden grofse Papeln. Nur ganz vereinzelt waren Pusteln vorhanden. Die Haut war trocken, schlecht genährt. Obwohl die Farbe der Papeln an Syphilis erinnerte, so zeigten diese doch nicht den streng begrenzten Stand, wie man ihn bei syphilitischen Papeln anzutreffen pflegt. Die Schleimhäute waren bei der ersten Besichtigung der Patientin durch den Vortragenden frei. Antisyphilitische Mafsnahmen hatten nicht nur keinen Erfolg, sondern riefen eher eine Verschlimmerung hervor. Eine mehr exspektative Behandlung mit milden Mitteln liefs den Ausschlag langsam zurückgehen.

Die Diagnose schwankt unter den Mitgliedern zwischen Syphilis, Lupus erythematosus disseminatus. Vortragender nahm Dermatitis herpetiformis als vorliegend an, womit jedoch die Mitglieder nicht einverstanden sind.

Einen **Fall von Angiomata des Gesichts** demonstriert Dr. Fox. Das Mädchen zeigt eine Anzahl von punktförmigen, hellroten Efflorescenzen an den Wangen und zwei mehr weifslich aussehende auf der Stirn. Die Affektion besteht seit sieben Jahren.

Dr. Fordyce demonstriert einen **Fall von Pityriasis rosea** bei einem jungen Mädchen. Vor drei Wochen zeigte sich zuerst am Abdomen eine einzelne Efflorescenz, später traten solche am ganzen Körper auf. Dieselben verursachten beträchtliches Jucken, waren schwach schuppend, hell im Zentrum und hinterliefsen nach dem Zurückgehen einen bräunlichen Fleck.

Dr. Bronson hat bei der Behandlung der Pityriasis rosea mit parasitiziden Mitteln die besten Resultate erzielt. Er fragt, ob die Mitglieder die Krankheit als parasitär ansehen.

Die Mitglieder erklären sich teils für, teils gegen die Annahme eines parasitären Ursprunges der Pityriasis rosea.

Einen **Fall von Lichen planus** bei einer Negerin demonstriert Dr. Robinson. Am Stamm sind die Efflorescenzen stecknadelkopfgrofs, während an den unteren Extremitäten grofse, pigmentierte Flecken zu sehen sind. R. hat niemals bei Negern Lichen planus gesehen.

Einen **Fall von Myxödem** demonstriert Dr. Lustgarten für Dr. Abrahams. Die Patientin ist 50 Jahre alt, Mutter von neun Kindern. Vor zwei Jahren ist das

Klimakterium eingetreten. Ein Jahr zuvor wog sie 125 Pfund, gegenwärtig beträgt ihr Gewicht 215 Pfund. Seit sechs Monaten bemerkt sie die auffallende Zunahme ihres Körpers. Die Symptome traten folgendermafsen auf: 1. beständiges Frösteln; 2. stechende Empfindung an den Fingerspitzen; 3. vollständiges Aufhören der Schweifsabsonderung; 4. Vergröfserung der Zunge und erschwertes Sprechen; 5. vollständiger Verlust des Gedächtnisses; 6. die Hände werden ungelenkig, so dafs sie sie nicht mehr gut schliefsen oder beugen kann; 7. der Gang wird watschelnd; 8. Schwindelanfälle und allgemeine Schwäche; 9. Haarausfall.

Abgesehen von den Händen zeigt die Körperhaut weder Schuppung noch Rauhigkeit. Die Patientin sieht etwas anämisch aus. Ihre inneren Organe sind jedoch normal.

Seit mehreren Monaten nimmt sie Thyreoidtabletten. Das Leiden hat sich gebessert. Die Patientin schwitzt reichlich, die Zunge ist kleiner, das Sprechen leichter, das Gedächtnis besser geworden. Der Haarausfall hat aufgehört.

Dr. Bronson fragt, ob irgend ein Mitglied Thyreoidextrakt bei Sklerodermie versucht hat.

Dr. Jackson hat einen Fall von Sklerodermie mit Thyreoidextrakt sechs Wochen ohne jeden Erfolg behandelt.

Dr. Piffard hält es nicht für gerechtfertigt, mit einem derartigen, durchaus nicht ungefährlichen Mittel zu experimentieren.

Dr. Klotz erinnert an den Fall von Sklerodermie, den jüngst Dr. Sachs in der Akademie der Medizin beschrieben hat. In diesem Falle hat sich das Thyroid als wirksam erwiesen. Um einen Erfolg zu erzielen, müsse man die Thyreoidbehandlung lange fortsetzen und deshalb mit den Dosen nicht zu rasch steigen. Dr. Lustgarten hat den Sachsschen Fall vor 3—4 Jahren gesehen und den Eindruck gehabt, dafs es sich um einen atypischen Fall von Myxödem gehandelt habe. Die Haut sei diffus infiltriert, die Zunge vergröfsert gewesen. Patient habe mühsam gesprochen. Fälle von Sklerodermie, welche durch Thyreoid günstig beeinflufst worden seien, seien von verschiedenen Autoren beschrieben worden. Man sollte jedoch die Thatsache nicht vergessen, dafs diffuse Sklerodermie in mancher Beziehung eine auffallende Ähnlichkeit mit Myxödem zeigte.

Was die Dosis betrifft, so ist L. niemals über 5 g dreimal täglich hinausgegangen. Frauen vertrügen das Mittel schwerer als Männer. Er habe Thyreoid mit gutem Resultate angewandt, um Unregelmäfsigkeit in der Menstruation zu beseitigen. Bei Frauen mit Myxödem pflege die Menstruation aufzuhören und der Geschlechtstrieb vollständig zu verschwinden. Vortragender sei geneigt zu glauben, dafs zwischen einer krankhaft funktionierenden Schilddrüse und krankhaften Genitalfunktionen irgend eine Beziehung existiere. Bei jungen Mädchen mit unregelmäfsiger Menstruation verordne er gewöhnlich kleine Dosen Thyreoid, etwa eine Woche vor Eintritt der Periode zu beginnen. Diese Behandlung habe oft die Menstruation reguliert und der periodisch wiederkehrenden Akne des Gesichts vorgebeugt.

Sitzung vom 26. Mai 1896.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Oktober 1896.)

Einen **Fall von Alopecia areata** stellt Dr. Sherwell vor. Die Patientin ist 28 Jahre alt, verheiratet, Mutter dreier lebender Kinder. Aborte hat sie nicht durchgemacht. Anhaltspunkte für Syphilis sind nicht vorhanden. Ihr Mann ist gesund. Abgesehen von Nervösität und gelegentlich auftretendem Herzklopfen, hatte Patientin über nichts zu klagen. März 1895 begannen ihr die Haare, zuerst auf dem Scheitel des Kopfes in einem kleinen runden Bezirk, auszufallen. Dieser Bezirk ver

gröfserte sich peripherisch. Gegenwärtig ist die Patientin mit Ausnahme der Achsillar- und Pubikalgegend total kahl. Vortragender meint, derartige Fälle, wie der vorliegende, müfsten als Fälle wahrer Alopecia areata im Gegensatz zu anderen Formen umschriebenen Haarausfalles angesehen werden, die vielleicht parasitären Ursprunges sind und auch anders bezeichnet werden sollte.

Einen **Fall zur Diagnose** stellt Dr. Morrow für Dr. Johnston vor. Die 52jährige Patientin war früher stets gesund, ist auch erblich für Hautkrankheiten nicht belastet. Vor acht Jahren bekam sie zum ersten Male im Gesicht, an den Armen und Beinen einen Ausschlag, der aus flachen, roten, leicht blutenden Efflorescenzen bestand. Später wurden dieselben gröfser und härter und waren unter der Haut zu fühlen. Das Hautleiden zeigte bald Besserung, bald Verschlimmerung, verschwand jedoch niemals. Im Laufe der Jahre ist die Haut rissig und verdickt geworden. Intensives Jucken begleitet ständig den Ausschlag und macht denselben zeitweilig unerträglich.

Die Diagnose schwankt zwischen Dermatitis herpetiformis, Prurigo, Sarkoma cutis, Neurofibroma und Neurodermatitis.

Die durch Prof. Welch (Baltimore) vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab eine starke Verdickung des Stratum corneum der Epidermis. Unmittelbar unterhalb der Epidermis befand sich ein Bläschen, welches etwa 1/6 der ganzen befallenen Efflorescenzen ausmachte. Unter diesem befanden sich frisch entstandene Blutgefäfse mit spärlicher Zellinfiltration in der Umgebung. In dem tieferen Teile des Coriums sind Nervenstämmchen von kleinzelliger Infiltration umgeben.

Dr. Fox zeigt einen **Fall von Urticaria papulosa** bei einem Knaben, der vor drei Wochen einen auf die Vorderarme, Gesicht, Oberschenkel beschränkten Ausschlag bekam. Die Efflorescenzen sind feste Knoten in der Haut, umgeben von einem entzündlichen Hofe.

Dr. Robinson, der den Fall von Dr. Fox gesehen hat, bezeichnet die Krankheit als Lichen urticatus, Dr. Bronson als Prurigo; Dr. Morrow und Dr. Klotz stimmen bezüglich der Diagnose mit Dr. Fox überein.

Ein **Fall von Mykosis fungoides im erythematösen Stadium,** vorgestellt von Dr. Morrow für Dr. Lapowski. Der 49jährige Patient war bis Oktober 1894 vollständig gesund. Um diese Zeit bekam er ohne besondere Ursache Jucken zwischen den Fingern, begleitet von heftigem Schmerz in der Schläfengegend, der sich nach hinten ausbreitete und die Wirbelsäule entlang bis zu den Unterextremitäten sich erstreckte. Gleichzeitig fühlte er eine abnorme Körperschwäche, Unlust zur Arbeit, litt an Appetit- und Schlaflosigkeit. Er fröstelte bald und empfand bald Hitze. Diese Symptome dauerten 3—4 Tage, als er plötzlich die Empfindung hatte, als ob seine Haut an verschiedenen Stellen mit Nadeln gestochen würde. Unmittelbar danach entstanden an diesen Stellen dunkelrote Flecken, worauf Hitze- und Kältegefühl nachliefsen. In den vom Ausschlag befallenen Bezirken fühlte der Patient ein heftiges Brennen, das am dritten oder vierten Tage seinen höchsten Grad erreichte. Daneben machte sich ständig ein intensives Jucken bemerkbar, das ihn zwang, seinen Körper unaufhörlich an einem harten Gegenstand zu reiben. Wenn der Patient die ergriffenen Stellen mit seinen Fingern berührte, wurde das Brennen stärker, und er hatte das Gefühl, wie wenn er elektrisiert würde. Wenn jedoch irgend eine andere Person die Stellen berührte, so empfand er grofse Erleichterung, sowohl was das Jucken, wie das Brennen betraf. Das Akmestadium dauerte einen Tag, dann machte die Röte der Stellen einer Café-au-lait-Farbe Platz. Brennen und Jucken liefsen allmählich nach. Nur eine ganz schwache Juckempfindung blieb bestehen. Die ganze Attacke dauerte 8—9 Tage. Am zehnten oder elften Tage befand sich Patient wieder

wohl. Derartige Attacken haben sich seitdem viermal in derselben Weise wiederholt, nur dafs mit jedem neuen Anfalle neue Körperstellen befallen wurden. Die Läsionen erheben sich nicht über das Niveau der Haut. Dermographismus ist nicht vorhanden. Haare, Nägel, Schleimhäute sind normal. Der Urin enthält weder Zucker noch Eiweifs.

Die meisten der anwesenden Mitglieder lassen die Diagnose in suspenso.

Dr. Allen möchte den Fall eher für makulöse Lepra ansehen. Eine positive Diagnose vermag auch er nicht zu stellen.

Dr. Fox hat in allen Fällen von Mykosis fungoides, die er Gelegenheit hatte im frühen Stadium zu sehen, hellrote, schuppende Stellen gefunden mit der Tendenz, sich über die ganze Körperhaut auszudehnen, im Zentrum eine Vertiefung zu hinterlassen, die an abheilende Psoriasisplaques erinnerte.

Mit der Diagnose Mykosis fungoides im erythematösen Stadium erklärt sich kein Mitglied einverstanden.

C. Berliner-Aachen.

Amerikanische Gesellschaft der Ärzte für Harn- und Geschlechtskrankheiten.

Sitzung vom 2. Juni.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Juli 1896.)

A. T. Cabot spricht über: **Fünf Fälle von Ruptur der Urethra behandelt durch Urethrotomia externa und Naht.** Die Bildung einer Striktur ist bisher als unvermeidliche Konsequenz einer Ruptur der Urethra angesehen worden. Vortragender weist nun an der Hand von fünf Fällen traumatischer Ruptur der Urethra nach, dafs durch eine unmittelbar nach der Verletzung vorgenommene Urethromia externa und nachfolgende Naht die Entwickelung einer Striktur vermieden werden kann. In allen diesen Fällen war das Resultat der Operation ein gutes. Bei dreien fand sich Gelegenheit, nach mehreren Jahren eine Untersuchung vorzunehmen. Zwei von diesen hatten niemals ein dilatierendes Instrument gebraucht. Es fand sich bei ihnen auch keine Striktur. Eine Sonde gröfseren Kalibers passierte mit grofser Leichtigkeit selbst die Rupturstelle. In dem dritten Falle wurde eine Verengerung der Urethra konstatiert. Dieselbe war jedoch so weich und nachgiebig, dafs sie ohne Anwendung besonderer Gewalt auch von einer starken Sonde rasch dilatiert werden konnte.

Vortragender beschreibt ausführlich und in sehr klarer Weise das Verfahren der Operation. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. In jedem Falle von Ruptur der Urethra sollte sofort die perineale Sektion mit Naht vorgenommen werden.

2. Durch diese Prozedur vermindern wir nicht nur beträchtlich die Gefahr der Urininfiltration und der Abscefsbildung, sondern wir dürfen in der Mehrzahl der Fälle auch hoffen, der Entwickelung starker, schwer zu behandelnder Strikturen vorzubeugen.

3. Bei frühzeitiger Operation ist das Suchen nach dem hinteren Ende der Urethra viel leichter als bei spät vorgenommener. Die Blutung aus dem Aste der Arteria bulbi dient als Wegweiser zu diesem Ende des Kanals.

Diskussion.

J. W. White glaubt, dafs in vielen Fällen mit leichter Verletzung der Urethra es bisweilen schwer sein kann, zu entscheiden, welche Behandlung eingreifen soll. Bei derartigen Fällen pflegten, abgesehen von einer geringen Blutung und vielleicht einer geringen perinealen Schwellung, keinerlei Symptome vorhanden zu sein. Eine schwache, partielle Ruptur von dieser Beschaffenheit dürfte wohl besser mit Einführen und Liegenlassen eines dilatierenden Instrumentes von grofser Dicke behandelt werden.

G. Chismore glaubt nicht, dafs in allen Fällen von traumatischer Ruptur der Urethra ohne Naht notwendiger Weise eine Striktur folgen müsse. Dafür bringt er ein Beispiel aus seiner Praxis.

A. Post beschreibt mehrere Fälle, die beweisen sollen, dafs auch scheinbar leichte Zerreifsungen der Urethra zu rapiden Verengerungen führen können und deshalb frühzeitig nach dem Vorschlage Cabots zu reparieren sein. Derselben Ansicht ist John P. Bryson, während F. R. Sturgis sich mehr den Ausführungen Whites und Chismores anschliefst.

Urethrale Resektion mit gutem Resultate, von E. Fuller. Während des letzten Jahres hat F. zwei Fälle behandelt, bei welchen er angesichts der ausgedehnten Zerstörung des Urethralkanals geglaubt hatte, dafs er einen künstlichen Weg, sei es perineal oder hypogastrisch, werde anlegen müssen, um die Entleerung der Blase dauernd und zufriedenstellend sichern zu können. In beiden Fällen jedoch hat Vortragender zu einer sehr radikalen und ausgedehnten Excision der erkrankten Urethrapartien seine Zuflucht genommen und auf diese Weise eine permanent normale Harnentleerung bewerkstelligt. In einem dieser Fälle umfafste das excidierte Gewebe den ganzen Bulbus urethrae, in dem anderen wurden 1¾ Zoll der Urethra, worunter die Pars bulbosa und die vordere Partie der Pars membranacea sich befand, entfernt.

Die Krankengeschichte des einen Falles sowie der Gang der Operation und der Nachbehandlung wurden ausführlich mitgeteilt.

Bryson meint, dafs namentlich in dem zweiten von Fuller berichteten Falle, die Zeit seit der Operation noch zu kurz sei, um von einer radikalen Heilung sprechen zu können. Fünf bis sechs Jahre müfsten verstreichen, ehe man ein definitives Urteil über den Erfolg abgeben könnte. Die Resektion der Urethra wegen Striktur ist vor vielen Jahren ausgeübt worden; die alten Autoren sind aber wieder davon abgekommen, nachdem sie gesehen hatten, dafs die Operation eine organische Striktur schliefslich in eine traumatische verwandelt habe.

Sitzung vom 3. Juni 1896.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* August 1896.)

A. W. Stein spricht über: **Einige Formen nicht obstruktiver Ischurie.** Die Unmöglichkeit, die Blase genügend zu entleeren, könne herrühren:

1. von einer Atonie ihrer muskulösen Wände:
   a) mangelhafter Kontraktilität des sog. Detrusor urinae, infolge von Überdehnung seiner Fasern. Der Zustand ist gewöhnlich vorübergehend.
   b) Verlust der Kraft des Detrusors infolge von Atrophie oder fettiger Degeneration. Der Zustand ist persistierend.
2. Neurotische Retention:
   a) mangelhafte Kraft des Detrusors, welche auf psychische oder funktionelle Störungen der Nervenzentren auftreten kann. Der Zustand ist temporär.
   b) Parese oder Cystoplegie infolge organischer Störung der Nervenzentren; der Zustand ist permanent für gewöhnlich.
3. Spastische oder reflektorische Retention durch Reizung, welche von irgend einem benachbarten Organ ausgeht. Mit der Ursache pflegt auch der krankhafte Zustand zu verschwinden.

Die Dauer der akuten Blennorrhoe von H. M. Christian. Vortragender giebt folgendes Resumé seiner Betrachtungen:

1. Die Blennorrhoe ist eine viel langwierigere und ernstere Krankheit, als man gewöhnlich annimmt.

2. In $^2/_3$ aller unkomplizierten Fälle beträgt die zur vollkommenen Heilung notwendige Zeit 6—10 Wochen.

3. In den wenigen Fällen, wo die ganze Urethra nicht mitbefallen ist und die Krankheit sich auf die vordere Harnröhre beschränkt, können wir Heilung in vier Wochen erwarten.

4. Es ist wichtig, eine sorgfältige Untersuchung der Urethra vorzunehmen, bevor man eine Blennorrhoe bestimmt für geheilt erklärt. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1896. Heft 10 u. 11.

Über die recidivierende Roseola syphilitica, von A. Fournier. Es ist seit langem bekannt und namentlich von französischen Dermatologen betont, dafs die Roseola im Verlauf der Syphilis mehr als einmal auftreten kann. Weniger bekannt ist — und das bildet den Hauptinhalt dieser Fournierschen Arbeit —, dafs sich der Roseolaanfall vielmal wiederholen kann und dafs die einzelnen Anfälle oft durch lange Zeiträume voneinander getrennt sind.

Ein Roseolarecidiv ist gar nichts so seltenes. Fournier hat über mehr als 100 dieser Fälle verzeichnet, während die Zahl der von ihm beobachteten Rückfälle noch viel gröfser ist. Aber nur über 32 Fälle hat er genauere Aufzeichnungen gemacht, und aus diesen nimmt er seine statistischen und klinischen Angaben. In sieben dieser Fälle wiederholte sich die Roseola je dreimal, in anderen Fällen 4—7 mal, und ein Patient erlebte sogar ein achtmaliges Recidiv. Die einzelnen Anfälle der Roseola wiederholten sich nach verschieden langen Zwischenräumen, und mehrfach beobachtete Fournier diese Dermatose noch im sechsten Jahre nach dem Auftreten des primären Schankers. Wichtiger noch und interessanter als diese rein statistischen Angaben erscheinen die klinischen Mitteilungen, die F. aus seinem Material zusammenstellt. Eine solche rückfällige Roseola kommt fast ausschliefslich bei Patienten vor, die sich haben genügend behandeln lassen und ist als günstiges prognostisches Symptom aufzufassen. Die erstmalige Wiederholung einer Roseola berechtigt, mit Wahrscheinlichkeit auf einen dritten und noch öfteren Ausbruch zu rechnen. Jede folgende Roseola ist minder heftig, als ihre Vorgängerin; sie ist auf eine geringere Körperfläche begrenzt, und die Zahl ihrer Elemente ist eine beschränktere, so dafs schliefslich nach mehrfacher Wiederholung die ganze Roseola nur noch aus 6—10—20 Flecken besteht, die kaum noch zu erkennen sind, ja F. teilt sogar einen Fall mit, in welchem der Ausschlag nur aus einem einzigen Roseolafleck bestand.

Dagegen nehmen die einzelnen Flecke des Recidivs an Umfang zu, büfsen jedoch wieder an Pigmentierung ein. Auch treten an ihrer Stelle in einzelnen Recidiven nur circinöse Linien von ovaler oder runder Form auf.

Die rückfällige Roseola ist der Quecksilberbehandlung sehr zugänglich, und es ist ganz einerlei, in welcher Weise man das Medikament dem Körper einverleibt. Zum Schlufs regt Fournier die Frage an, ob diese recidivierende Roseola nicht mit dem von ihm als tertiäres Erythem bezeichneten Exanthem identisch sei.

Die umschriebenen Hyperkeratosen, von W. Dubreuilh. Das grofse Gebiet der umschriebenen Hyperkeratosen wird von D. in fünf Gruppen geteilt. Gruppe A: Die einfachen Keratosen traumatischen Ursprungs, die Schwiele und das Hühnerauge. Erstere kommt an allen Hautstellen vor, die einem abnormen Druck ausgesetzt sind, daher findet sie sich namentlich an den Füfsen; sie ist im wesentlichen durch eine Hypertrophie der Hornschicht bedingt; die übrigen Teile der Epidermis weisen nur nebensächliche Veränderungen auf, die Cutis ist nicht mitbeteiligt. Ähnlich sind die Verhältnisse beim Hühnerauge, nur dafs dieses in seiner Mitte einen Kegel aufweist, der aus massigem verhornten Gewebe besteht, sich tief in die Epidermis einsenkt und und nur durch wenige Lagen Stachelzellen von der Lederhaut getrennt ist; letztere erfährt durch den Druck geringfügige Veränderungen.

Gruppe B. Einfache angeborene Hyperkeratosen: Der keratotische Naevus. Dieser bildet eine Varietät der grofsen Familie der Naevi und entspricht dem Unnaschen Naevus durus; er besteht in einer Hyperplasie aller Teile der Epidermis; die Hornschicht ist bisweilen ungeheuer vermehrt, bewahrt aber immer so ziemlich ihren normalen Bau. Je nach der Stärke der Mitbeteiligung dieser Schicht und nach dem Sitz der Neubildung wechselt auch die Form und die äufsere Erscheinung des Naevus keratoticus; auch die systematisierte Ichthyosis hystrix und verschiedene Fälle von Hauthörnern rechnet D. hierher.

Gruppe C. Keratosis papillaris: Verruca plana iuvenilis und gewöhnliche Warzen. Erstere zeigt sich namentlich an den Händen und dem Gesicht, erscheint ziemlich plötzlich und fast nur im jugendlichen Alter; sämtliche Schichten der Epidermis sind hier hypertrophiert und verdickt; von der Cutis leidet der Papillarkörper etwas unter dem Druck und schickt etwas verlängerte Papillen in die Oberhaut, auch die Stachelschicht ist mäfsig verdickt. Eine Verruca plana iuvenilis wandelt sich nie in eine gewöhnliche Warze um. Auch bei dieser letzteren sind alle Elemente der Epidermis verdickt und von verlängerten Papillen, die fast die Oberfläche der Warze erreichen, durchsetzt. Die Warze wächst, indem sie an Volumen zunimmt und dadurch auf ihre Nachbarschaft einen Druck ausübt; in die Cutis sendet sie Sprossen (bourgeons) hinein; klinisch und anatomisch hat sie manche Ähnlichkeiten mit den spitzen Kondylomen. Die Übertragbarkeit der Warzen und ihre Abhängigkeit von nervösen Einflüssen (Verschwinden durch „Sympathie“ u. s. w.) werden erwähnt.

Gruppe D. Präcanceröse Keratosen: Hörner, Keratoma senile, Xeroderma pigmentosum, Cancer arsenicalis, Krebs der Schornsteinfeger, der Paraffinarbeiter, Leukokeratosen. Gemeinsam ist allen diesen Formen, dafs ihr Bau mit dem des Epithelioms viele Ähnlichkeit aufweist und dafs sie in einen Hautkrebs sich verwandeln können. In Bezug auf das Hauthorn schliefst D. sich der Unnaschen Auffassung an, dafs es mit dem Fibrokeratom identisch sei, von dem es sich nur durch seinen gröfseren Umfang unterscheide. In wesentlichen Punkten ihres Baues stimmen beide mit der Warze überein; hinzukommt eine Hyperplasie des fibrösen Gewebes, auch die Cutis ist an dem Prozefs mitbeteiligt, und zwar anfangs in Form einer Hyperplasie. Das Wachstum des Fibrokeratoms, sowie des Hauthorns erfolgen aber nicht mehr durch blofse Volumszunahme, sondern dadurch, dafs das Nachbargewebe in die Neubildung mit einbezogen wird; die Epidermiszellen sind ferner ganz und gar metatypisch und besitzen alle Veränderungen der Epitheliomzellen, die Cutis endlich ist von Lymph- und Plasmazellen infiltriert und die Papillen sind ganz und gar ungleichmäfsig; durch dieses Verhalten rücken die beiden Neubildungen dem Epitheliom sehr nahe.

Für das Keratoma senile trifft im wesentlichen die Beschreibung zu, die Unna von dem Carcinom der Seemannshaut gegeben hat. Histologisch ist es dem Xeroderma pigmentosum sehr nahe verwandt, alle Veränderungen des ersteren finden sich in ab-

geschwächter Form beim letzteren wieder. Aber dieses ist, im Gegensatz zu jenem, mehr eine Krankheit der Jugend und zeichnet sich durch eine bedenkliche Neigung zur Bösartigkeit aus. Diesen Formen anatomisch nahe verwandt sind die drei folgenden, der Cancer arsenicalis, der Cancer der Schornsteinfeger und der Paraffinarbeiter. Bei den Leukokeratosen handelt es sich um Veränderungen der Schleimhaut, die den bisher besprochenen der Epidermis entsprechen. Unter den hierher zu zählenden Formen ist die Leukoplasia lingualis die bekannteste. Tabak und Syphilis werden für ihr Zustandekommen zumeist beschuldigt.

Gruppe E. Keratosen, die von der Cutis ausgehen: Angiokeratoma, hyperkeratotische Geschwüre und Fisteln; Keratoma infectiosum. Auch für diese nicht seltenen Formen erhebt und begründet Dubreuilh die Forderung ihrer Zugehörigkeit zu den umschriebenen Hyperkeratosen.

Die ausführliche, für den dritten dermatologischen Kongreſs zu London bestimmte Arbeit zeichnet sich durch einen groſsen Reichtum an feinen klinischen Bemerkungen aus, die bei der notwendigen Knappheit eines Referates leider keine Erwähnung finden konnten.

Ein neuer Fall von Madurafuſs, von Gémy und H. Vincent. Der unglückliche Besitzer dieses Fuſses war ein 36jähriger Landmann aus Kabylien, dem sein Bein im Hôpital de Mustapha zu Algier amputiert wurde. Die Verfasser liefern eine ausführliche Beschreibung des Falles einschlieſslich des pathologisch-anatomischen Befundes am amputierten Fuſs und fügen auch das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung hinzu. G. betont, daſs dieses Ergebnis sich mit einem früher veröffentlichten eines anderen Falles vollkommen decke und daſs der Streptothrix albus des Madurafuſses sich durch sein Verhalten innerhalb der Gewebe sowohl, wie auf den Kulturen gründlich vom Strahlenpilz unterscheide. Bekanntlich sind einige Autoren geneigt, den Pes Madurae und die Aktinomykose als identische Krankheitsbilder aufzufassen.

In den zahlreichen Eiterpusteln ihres Falles konnten die Verfasser nicht immer Strepto- und Staphylokokken nachweisen; sie schlieſsen daraus, daſs der Streptothrix zu den pyogenen Mikrobien gehört. Die Ätiologie der Erkrankung erfährt auch durch die vorliegende Mitteilung keine weitere Aufklärung. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1896. Heft 9—11.

Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii, von Barbary-Nizza. Die Krankheit, die bei einem kleinen Mädchen ganz unvermittelt einsetzte, ging nach dreiwöchigem Bestand in Heilung über. Nach Ansicht des Verfassers haben hohe Gaben von Portwein den glücklichen Ausgang herbeigeführt. Schon früher hatte Duval-Genf in einem ähnlichen schweren Fall von groſsen Mengen Alkohol Nutzen gehabt.

Ein Fall von Pemphigus acutus gravis, von Filaretopoulo-Athen. Der Fall betraf eine 32jährige, sonst ganz gesunde Frau und verlief in acht Tagen unter septikämischen Erscheinungen tödlich.

Wie lange bleibt die Syphilis ansteckungsfähig? von Henri Feulard. Fournier hat bekanntlich die Regel aufgestellt, daſs man dem Syphilitiker erst vier Jahre nach der Ansteckung die Ehe gestatten dürfe, vorausgesetzt, daſs das letzte dieser vier Jahre vollkommen symptomenfrei blieb. Im Grunde kommt auch Feulard in seiner Abhandlung über diese Regel nicht hinaus, und er stellt nur unter Beweis, was übrigens auch nicht mehr ganz unbekannt ist, daſs in nicht ganz seltenen Fällen die Syphilis auch noch in späteren Jahren kontagiös ist. Seine Statistik umfaſst im

ganzen 21 Fälle; in allen diesen Fällen wurde die Syphilis noch nach 4—10jährigem Bestande übertragen, ja, in den vier letzten Beobachtungen handelte es sich sogar um eine 14—20 Jahre alte Syphilis, jedoch betrachtet F. diese vier Fälle selber nicht mehr als ganz beweiskräftig. Was bei seinen Patienten die Ursache für die lange Dauer der Kontagiosität war, liefs sich nicht ermitteln; weder fehlte es an einer genügend langen und genügend gründlichen Behandlung, noch handelte es sich um besonders schwere Formen von Lues; nur das Eine wurde mehrfach beobachtet, dafs man es mit leidenschaftlichen Rauchern zu thun hatte, die vielfach von Erosionen der Mund- und Zungenschleimhaut belästigt wurden. Solchen Rauchern gegenüber hat schon Fournier zur Vorsicht gemahnt, und auch Feulard empfiehlt, hier mit der Erteilung der Heiratserlaubnis noch strenger zu sein.

Über die Dermatosen nach Arsengebrauch. Herpes zoster infolge von Arsenvergiftung, von Coffin. Verfasser zählt 19 verschiedene Dermatosen auf, die nach Arsengebrauch und Mifsbrauch auftreten können, und berichtet über einen Fall von Herpes zoster, den er ebenfalls auf den Gebrauch des betreffenden Medikamentes zurückführt. In diesem Fall hatte der Patient innerhalb sechs Tagen 0,1 Natr. arsenicosum genommen und klagte beim Ausbruch des Herpes zoster auch über andere Symptome, die auf eine Arsenvergiftung hindeuteten.

Über den Lichen planus der Schleimhäute, von M. Iversens. Es sind bis jetzt im ganzen erst sieben Fälle bekannt, und der Verfasser zählt sie gewissenhaft auf, dafs ein Lichen planus auf den Schleimhäuten begann. Durch die vorliegende Mitteilung wird die Kasuistik um einen weiteren Fall vermehrt. Die Krankengeschichte enthält sonst nichts besonders Erwähnenswertes.

Ein Fall von Favus des Scrotums, von A. Tavernier und G. Gérard. Bei einem 15jährigen Knaben, der wegen chronischer, wahrscheinlich tuberkulöser Kniegelenksentzündung seit längerer Zeit im Hospital lag, entwickelte sich wenige Tage nach einem Wannenbade ein regelrechter Favus auf dem Scrotum. Die Pubes und das Glied blieben vollkommen davon verschont, dagegen wurden später auch die Innenflächen der Oberschenkel ergriffen. Da weder am Kopf, noch an den Extremitäten eine Spur von Favus vorhanden war, so hält Verfasser in diesem Falle — Auftreten des Favus drei Tage nach einem Bade — eine Übertragung durch das Wasser nicht für ausgeschlossen. *Türkheim-Hamburg.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1896. Heft V.

Über die Frequenz der Prostatitis, Vesikulitis und Deferentitis pelvica bei der Urethritis blennorrhagica, von Colombini. Verfasser hat 400 Blennorrhoiker auf diese Komplikationen untersucht und sie 141 mal (35,25 %) gefunden. In den genannten 400 Fällen handelte es sich 160 mal um akute Blennorrhoe, von denen 45 (28,12 %) Komplikationen zeigten (32 mal eine Prostatitis, 1 mal Vesikulitis, 15 mal Prostatitis und Vesikulitis). 180 Fälle standen im subakuten Stadium und darunter waren 72 (40 %) mit Komplikationen (35 Prostatitis, 4 Vesikulitis, 28 Prostatitis mit Vesikulitis, 2 Komplikationen von Prostatitis, Vesikulitis und Deferentitis pelvica). 60 Fälle waren chronische und unter diesen 24 mit Komplikationen verbunden (21 Prostatitis, 3 Prostatitis mit Vesikulitis).

Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe des Weibes, von Bellini. Verfasser berichtet über die Resultate der Blennorrhoebehandlung beim Weibe mit Argentaminirrigationen (1 : 5000—1 : 4000). Er fand, dafs das Argentamin gut, zuweilen sogar besser wirkt, als das Kalium permangan. In Bezug auf die Schmerz-

haftigkeit und andere Reizerscheinungen wird es von einigen Patienten besser, von anderen weniger gut vertragen als das Kalium permanganat. Eine Zerstörung des Gonococcus nach zwei oder drei Irrigationen, wie dies PARDO behauptet, läfst sich nicht erzielen. Öfters kommt man mit dem Argentamin allein gar nicht zum Ziele, und mufs zu anderen Medikamenten (Argent. nitric., Kalium perm., Ichthyol etc.) Zuflucht genommen werden, von denen jedes seine spezielle Indikation hat. Die Gravidität oder konkommittierende Krankheiten (Syphilis, Tuberkulose) erschweren die Prognose der Urethritis, welche unter diesen Umständen den Mafsnahmen aufs hartnäckigste trotzen kann.

Verfasser verwendet zu seinen Irrigationen eine eigens konstruierte Spritze.

Über einige Versuche von Abortivkur der Syphilis nach der Methode von Prof. BACCELLI, von Prof. TOMMASOLI. Verfasser berichtet über zehn Syphilitiker, bei denen diese Behandlungsmethode angewendet wurde. Von diesen zeigten nur drei mehr oder weniger ausgedehnte Allgemeinerscheinungen, was daher rühren mag, dafs bei einem mit der Kur erst 48 Tage, bei einem anderen 44 Tage nach der Infektion begonnen wurde. Bei den sieben anderen zeigten sich auch nach $4^1/_2$ bis 7 Monaten keine Sekundärsymptome. Der Initialaffekt wird sehr günstig beeinflufst, die Drüsenschwellung ist nur gering. Überhaupt sind die Resultate sehr günstige. Die Quantität des Sublimates pro dosi variierte von 1,5 bis 8 mg, die Zahl der Injektionen von 18—60. Unangenehme Zufälle wurden keine konstatiert.

Über die Natur und die Beziehungen der Gruppe der polymorphen Erytheme (vom III. internationalen Kongrefs für Dermatologie und Syphiligraphie, London, Aug. 1896), von Prof. TOMMASOLI. Enthält gröfstenteils die bereits an verschiedenen anderen Stellen entwickelten Ansichten des Verfassers über diese Frage, bei der seine Theorie der Intoxikation und Autointoxikationen ebenfalls eine wichtige Rolle spielt.

Die Methode der Körperdurchspülung mit künstlichem Serum in ihrer Anwendung gegen die antitoxischen und toxischen Dermatosen, von Prof. TOMMASOLI (vom Londoner internationalen Kongrefs für Dermatologie und Syphiligraphie 1896). Derselben wurden Patienten mit den verschiedensten Hautaffektionen unterzogen (Ekzem, Lichen, Prurigo, Mykosis fungoides, Pemph. vegetans etc.). Das Quantum der injizierten Flüssigkeit pro dosi variiert zwischen 30 und 200 ccm. Während T. früher zu diesem Zwecke ausschliefslich physiologische Kochsalzlösung brauchte, verwendete er bei dieser Versuchsserie sorgfältig filtrierte und sterilisierte natürliche Mineralwässer. Die Resultate sind im ganzen wenig ermutigend; günstig beeinflufst wurden zwei Fälle von Eczema chronic. diffus., ein Fall von Follikulitis, der nach 13 Injektionen vollständig heilte, ein Fall von Pruritis senilis, der bereits 30 Jahre gedauert hatte und nach 44 Einspritzungen (8 Liter Flüssigkeit) verschwand, ein Fall von Lichen planus.

Die antituberkulöse Serumtherapie nach Prof. MARAGLIANO in der Dermatotherapie, von Prof. TOMMASOLI (vom Londoner internationalen Kongrefs für Dermatologie und Syphiligraphie 1896). Die Methode von MARAGLIANO besteht einerseits in der subcutanen Injektion von antituberkulösem Serum und einer accessorischen Behandlung (forcierte Ernährung und innerliche Darreichung von Roborantien). Die Resultate welche T. bei einer Reihe von Lupuskranken erzielte, sind in Bezug auf die Dermatose fast ausschliefslich negative: das Körpergewicht nahm zwar zu, die Blutbeschaffenheit besserte sich, die Hautläsionen blieben aber in der grofsen Mehrzahl der Fälle stationär. Blofse Aufpinselungen von Serum auf die affizierten Hautstellen blieben ebenfalls wirkungslos.

Beitrag zur Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüsensubstanz, von A. Cova. Die fünf Fälle, welche Verfasser nach dieser Methode behandelte, wurden sehr günstig durch dieselbe beeinflufst. Als Material wurde Schilddrüse vom Kalbe in Dosen von 5,0—7,0 (in Oblaten) verwendet. Keine unangenehmen Zufälle. Verfasser empfiehlt die Substanz als wirkliches Antipsoriaticum auf wärmste.

C. Müller-Wallisellen.

Besprechungen.

Ergebnisse der speziellen pathologischen Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane, herausgegeben von O. Lubarsch und R. Ostertag. (Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann.) Das vorliegende Buch bildet die vierte Abteilung der *„Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie"* und bringt die Bearbeitung der Pathologie des Auges, des Ohres und der Haut. Nur letzterer Abschnitt interessiert uns hier. Er ist bearbeitet von Jadassohn, Finger, M. v. Zeissl, Ehrmann, K. Herxheimer.

Jadassohn eröffnet die Bearbeitung mit einer kurzen Besprechung der „Einteilung der Hautkrankheiten." Er entwirft ein zunächst nur für die Zwecke dieses Werkes ausgearbeitetes System, dem er das ätiologische Prinzip zu Grunde legt, da er annimmt, dafs die Ursache das anatomische und klinische Bild, wie den Verlauf am meisten beeinflufst und die Characteristica der Krankheit beginnt. Nur wo die Ätiologie unbekannt ist, läfst Verfasser das anatomische und pathologisch-anatomische Prinzip eintreten. Der Verfasser wendet sich bei der Begründung seines Standpunktes besonders gegen die abfällige Kritik, die der Referent an den ätiologischen Systematisirungsversuchen in seiner Arbeit geübt hat. Es ist hier nicht der Ort, genauer auf die Ausführungen des Verfassers einzugehen, das soll bei einer ausführlicheren neuen Arbeit über dieses Thema geschehen. Hier sei nur soviel bemerkt, dafs Referent durch die Einwände des Verfassers sich nicht hat von der Fehlerhaftigkeit seines Standpunktes überzeugen können, und dafs er diesen Versuch, ein ätiologisches System aufzubauen, für mifsglückt hält. Dasselbe ist nicht geeignet, das ätiologische Prinzip zu kräftigen. Jedenfalls ist der Versuch aber so interessant, dafs hier eine Wiedergabe des Systems notwendig erscheint. Verfasser teilt folgendermafsen ein:

I. Klasse.

Entzündungen der Haut mit unbekannter oder mannigfacher Ätiologie.

1. Eccema: a) acutum (einschliefslich Dysidrosis und Cheiropompholyx), b) chronicum (einschliefslich Lichen chronicus simplex-Vidal und Mykosis flexurarum-H. Hebra).

2. Lichen ruber: a) planus, b) acuminatus.

3. Dermatitis herpetiformis-Duhring.

II. Klasse.

Dermatosen durch mechanische, chemische, thermische Einwirkung auf die Haut.

A. Durch mechanische Einwirkung: 1. Bullae, 2. Tylosis, Clavus.

B. Durch thermische resp. thermisch-chemische Einwirkung: 1. Erythema (Eccema) solare, caloricum, 2. Congelatio, 3. Combustio.

C. Durch chemische Einwirkung: 1. Ätzungen, 2. Dermatitiden nach äußerer Einwirkung chemischer Stoffe (Exantheme nach äußerer Arzneiverordnung).

D. Durch Einführung fremder Stoffe in die Haut von innen oder von außen: Argyrie, Sklerosis, Tättowierungen etc.

III. Klasse.

Infektiöse Krankheiten der Haut (und solche, die nach ihrem klinischen und anatomischen Bilde hierher zu rechnen sind).

A. Dermatomykosen:

α) mit bekannter Ätiologie: Favus, Trichophytie (Kerion Celsi, Eccema marginatum, Tinea imbricata, Herpes tonsurans, Sykosis hyphogenes), Pityriasis versicolor, Erythrasma, Piedra;

β) mit unbekannter Ätiologie (nach dem klinischen Bilde hergehörig): Psoriasis, Pityriasis rosea Gebert (Herpes squamosus), ekzematoide Dermatosen (Eccema seborrhoicum Unna, Eccema psoriasiforme etc.).

B. Bakterielle Infektionskrankheiten:

I. Mit akutem Verlauf.

α) mit bekannter Ätiologie: 1. Pyodermien: Impetigo simplex-Bockhart, Ekthyma simplex, Furunkel, Karbunkel, Folliculitis et Perifolliculitis suppurativa (Sykosis simplex, Sykosis nuchae skleroticans, Dermatitis papillomatosa capillitii); 2. Erysipel; 3. Erysipeloid; 4. Erythanthema bacteriticum-Finger;

β) mit unbekannter Ätiologie: Impetigo contagiosa, Impetigo herpetiformis, Herpes gestationis, Erythema exsudativum multiforme (Herpes Iris), Erythema nodosum, Gangraena cutis multiplex (event. Ulcus molle).

II. Mit chronischem Verlauf („chronische Infektionskrankheiten der Haut", „infektiöse Granulationsgeschwülste"):

α) mit bekannter Ätiologie: Tuberkulose in allen Formen, Scrophuloderma miliare (Lichen scrophulosorum — Tuberculosis papulosa disseminata), Lepra, Malleus, Rhinosklerom, Aktinomykose;

β) mit unbekannter Ätiologie: Syphilis, Lupus erythematodes, trophische Infektionskrankheiten (Aleppobeule etc.).

Anhang. Vielleicht zugehörig: Mykosis fungoides, Leukämie, Pseudoleukämie.

C. Zoonosen: Skabies, Pediculi, Pulices, Leptus autumnalis, Cysticercus cellulosae.

IV. Klasse.

Neuritische Erkrankungen der Haut.

A. Ohne primäre anatomische Grundlage.

I. Motilitätsneurosen.

II. Sensibilitätsneurosen.

III. Angioneurosen (Erythema simplex, toxische Exantheme, Urticaria).

IV. Combinierte Neurosen (aus II und III): Prurigo Hebrae, Prurigo simplex (Neurodermie, Lichen simplex, Strophulus).

B. Mit primärer anatomischer Grundlage: Herpes facialis, Zoster, Zoster atypicus Kaposi, Raynaudsche Krankheit, Morvansche Krankheit, Ulcus perforans, Decubitus, Glossy Skin etc.

V. Klasse.

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Hyperkeratosis: Ichthyosis, Keratosis follicularis, Psorospermosis follicularis vegetans Darier, Akanthosis nigricans, Pityriasis rubra pilaris, Keratoma plantare et palmare.

II. Hyperpigmentatio: Chloasma etc.

III. Hypertrichosis.

IV. Hypertrophie der Nägel.

V. Progressive Ernährungsstörungen im Bindegewebe: Elephantiasis, Sklerodermie, Sklerema neonatorum.

VI. Klasse.

Regressive Ernährungsstörungen.

A. Der Gesamthaut: Atrophia senilis etc., Kraurosis vulvae, Xeroderma pigmentosum.

B. Einzelner Bestandteile:

1. Atrophie des Bindegewebes: Atrophia maculosa, Atrophia stocata, Cutis laxa (?).
2. Atrophie des Pigments: Albinismus, Vitiligo, Leukopathie.
3. Atrophie der Haare: Alopecia senilis etc., Trichoschisis etc.
4. Atrophie der Nägel: congenita, acquisita, Leukome.

VII. Klasse.

Neoplasmen.

I. Wesentlich epithelioide Neoplasmen.

A. Benigne: Condyloma acuminatum, Verrucae, Epithelioma contagiosum, Epithelioma folliculare, Cornu cutaneum.

B. Maligne: Ulcus rodens, Cancroid, Pagets Disease.

II. Von den Anhangsgebilden der Haut ausgehende Neoplasmen: Adenome, Milium, Atherom (?), Dermoidcysten.

III. Von den bindegewebigen Teilen der Haut ausgehende Neoplasmen.

A. Benigne: Fibrome, Angiome etc.

B. Maligne: Sarkom, multiples hämorrhagisches Sarkom.

VIII. Klasse.

Erkrankungen mit spezieller Beteiligung des Gefäfsapparates.

Purpura, Morbus maculosus Werlhofii, Skorbut, Symmetrische Gangrän, Varices, Ulcus varicosum.

IX. Klasse.

Epidermolysen.

1. Pemphigus.
2. Epidermolysis congenita.
3. Dermatitis exfoliativa.
4. Pityriasis rubra Hebrae.

X. Klasse.

Spezielle Erkrankungen der Drüsen.

I. Der Schweifsdrüsen: Hyperhidrosis etc.

II. Der Talgdrüsen: Seborrhoe, Komedo, Rosacea, Akne in allen Formen, Folliculitis exulcerans-Lukasiewicz, Folliculitis aggregata sine suppuratione („Eczema folliculare" Malcolm Morris).

Die Bearbeitung des Materials ist folgendermafsen geteilt: Jadassohn: die Dermatomykosen bekannter Herkunft, die tuberkulösen Erkrankungen, den Lupus erythematodes. Finger: das Ekzem, den Lichen ruber, die Pyodermien, Erysipel und Erysipeloid, das Erythanthema bacteriticum, Impetigo contagiosa, Impetigo herpetiformis, Ulcus molle. M. v. Zeissl: die Psoriasis vulgaris, Pityriasis rosea, ekzematoide Dermatomykosen, Purpura, symmetrische Gangrän, Erkrankungen der Hautdrüsen. E. Lang und G. Nobl: Syphilis. Ehrmann: Motilitätsstörungen, Sensibilitätsstörungen, Angio-

neurosen, kombinierte Neurosen, Herpes, Zoster, Raynaudsche und Morvansche Krankheit, Ulcus perforans, Decubitus acutus, Hyperkeratosen, Hyperpigmentationen, Hypertrichosis, Nagelhypertrophie, Elephantiasis, Sklerodermа, Sklerema, Pemphigus etc. K. Herxheimer: Epidermoidale Neoplasmen, Neoplasmen der Anhangsgebilde, Neoplasmen der Cutis und Subcutis.

Die Arbeiten halten sich fast alle in dem Rahmen übersichtlicher Referate, die zum Teil etwas sehr kurz sind, während andere, wie beispielsweise die Erörterung der Pathogenese des Lupus erythematosus durch Jadassohn, sehr umfassend und gründlich sind. Vielfache Berücksichtigung findet natürlich die Histopathologie von Unna; gegen die in derselben niedergelegten Ergebnisse wird an manchen Stellen lebhaft polemisiert. Vermifst wird eine Besprechung der Dermatitis herpetiformis, die ja doch ein vielumfochtenes Streitobjekt bildet, aber weder in der ersten Klasse, noch beim Pemphigus erwähnt wird. Auch ein näheres Eingehen auf die „ekzematischen Dermatomykosen", besonders das Eccema seborrhoicum Unna resp. Eccema psoriatiforme s. parasitarium wäre durchaus erwünscht gewesen; so ganz unbearbeitet ist ja das Gebiet doch noch nicht. Dankenswert ist die Litteraturzusammenstellung am Kopfe der einzelnen Kapitel, wenn dieselbe auch in Bezug auf Vollkommenheit bei den verschiedenen Kapiteln sehr verschieden ist. Im ganzen giebt dieses vorzüglich ausgestattete Werk eine hübsche Übersicht der Ergebnisse der speziellen pathologischen Morphologie und Physiologie des Hautorgans. Ob allerdings für das Gesamtwerk ein Bedürfnis vorlag, das lasse ich dahingestellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbeltiere in ihrer Entwickelung, nebst Bemerkungen über Blutbildung und Haarwechsel, von S. Ehrmann. Mit 12 chromolithographischen Tafeln. *Bibliotheca medica.* Abteilung D II. Dermatologie und Syphilidologie, herausgegeben von A. Neisser. Heft 6. (Th. G. Fisher, Cassel.) In der vorliegenden Arbeit giebt Verfasser zunächst die Ergebnisse jahrelanger, embryologischer Studien über die Pigmentbildung bei wachsenden Amphibienlarven. Es giebt zwei Arten von Fisch- und Amphibieneiern, deren eine schon im mütterlichen Ovarium pigmentiert ist (originär-pigmentierte), deren andere erst später das Pigment bildet (originär-pigmentlose). Von letzterer Art vornehmlich mufste Verfasser natürlich ausgehen, um die Pigmentbildung in statu nascendi zu beobachten, dabei die ganzen Entwickelungsvorgänge eingehend studierend. Es enthält darum auch die Arbeit eine Abhandlung der gesamten Embryologie der genannten Tierklasse. Daran reihen sich dann Kapitel über die Entwickelung des Pigments beim Säugethiere und Menschen nach Studien an der embryonalen Kopfhaut des Menschen und der grauen Maus, an dieser speziell der Haare, über die Herkunft des Pigments, über das Verhalten desselben beim Haarwechsel, über Pigmentverschiebung. Natürlich ist es nicht möglich, den Inhalt der Arbeit hier eingehend wiederzugeben oder auch nur die Ergebnisse zu kritisieren, es sei denn, dafs man die Riesenarbeit nacharbeitete, wozu hoffentlich jemand Mut fassen wird. Jedenfalls findet in diesen Ergebnissen der Autor das Fundament für seine bekannten, viel bestrittenen Ansichten über den Ursprung des Pigments, wie sie ja auch aus den gleich wiederzugebenden Schlufssätzen hervorgehen. Wie dem aber auch sei, mögen die Beobachtungen richtig gemacht und gedeutet sein oder nicht, jedenfalls verdient diese unendlich fleifsige Studie die allergröfste Anerkennung, die denn wohl auch von jenen dem Autor nicht versagt werden wird, welche anderer Ansicht über Pigmentbildung sind.

Die Schlufssätze lauten:

1. Die Pigmentbildung geschieht in eigentümlichen, weder mit Bindegewebszellen, noch Leukocyten, noch mit Epidermiszellen identischen Zellen, den „Melanoblasten."

2. Die Melanoblasten sind Abkömmlinge des mittleren Keimblattes, welche zum Teil sich darin selbständig entwickeln, in die Epidermis einwachsen und daselbst ein selbständiges Zelldasein führen. Ob sich Zellen des äußeren Keimblattes in der Anlage des Retinaepithels zu Melanoblasten umwandeln, muß vorläufig dahingestellt bleiben.

3. Die Melanoblasten entstehen bei Horngebilden des Menschen, der Säugetiere und Vögel, dann bei Amphibien und Reptilien an der Grenze zwischen äußerem und mittlerem Keimblatt, von wo sie in die Epidermis einwachsen, sie wachsen auch in die tieferen Organe und entstehen bei den drei höheren Wirbeltierklassen auch selbständig in der Tiefe.

4. Das Material, welches zu melanotischem Pigment verarbeitet wird, entstammt dem Blute und ist Hämoglobin, welches in großer Verdünnung in Lymphe und Gewebssäften enthalten ist. Das Hämoglobin wird durch den Lebensprozeß der Melanoblasten zu melanotischem Pigment umgewandelt.

5. Die Entstehung von melanotischem Pigment aus Bestandteilen des Kernes und Umwandlung farbloser Formbestandteile des Protoplasma ist unbewiesen. Das weiße Pigment der Amphibien (Guanin) kann immerhin aus Nuklein entstehen.

6. Die extrazelluläre Bildung von melanotischem Pigment ist bis jetzt nicht nachgewiesen. Was nach Blutungen als extrazelluläres goldgelbes Pigment beschrieben wurde, ist nicht melanotisches Pigment, sondern es sind hämatische Schollen. Echtes melanotisches Pigment kommt zweifellos extrazellulär nur bei Zerfall von pigmentierten Zellen vor.

7. Die Übertragung des Pigments geschieht durch innerprotoplasmatische Strömung auf Protoplasmafäden, welche die Melanoblasten mit den Epithelzellen verbinden. Der Ausdruck „Einschleppungstheorie" ist deshalb besser durch den Ausdruck „Einstreuungstheorie" zu ersetzen.

8. Das Pigment ist wenigstens kurz nach seiner Entstehung ein in einer zähflüssigen farblosen Substanz aufgelöster Körper.

Mit das wertvollste in der Arbeit sind die ausgezeichnet reproduzierten zahlreichen Abbildungen der größtenteils mikroskopischen Präparate, die die geschilderten Beobachtungen erläutern und begründen sollen. Kurz, das vorliegende Werk gereicht dem Verfasser zur Ehre und wird jedem, der sich für die Pigmentfrage interessiert, ein höchst anregendes Objekt seines Studiums geben. Schade nur, daß es so teuer ist; wenn auch die Ausstattung eine vorzügliche, so ist der Preis von 45 Mark (resp. 30 Mark für Subskribenten) für 60 Folioseiten und 12 Tafeln doch etwas auffallend und nicht auf die gewöhnlich nicht in Glücksgütern schwelgenden medizinischen Forscher zugeschnitten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, von Eduard Lang. II. Abteilung. 2. Aufl. (Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann.) Das Langsche Werk hat bei seinem ersten Erscheinen schon eine so günstige Aufnahme gefunden, daß die zweite Auflage gewiß von jedem willkommen geheißen wird. Hier liegt mir die zweite Abteilung des Werkes in der neuen Auflage zur Besprechung vor, welche hauptsächlich die Syphilis des Nervensystems, die hereditäre Syphilis und die Syphilistherapie enthält. Überall findet man eine klare übersichtliche Anordnung des Stoffes, eine erschöpfende Besprechung und eine eingehende Berücksichtigung der gesamten Litteratur bis in die neueste Zeit. Besonders belehrend ist die Behandlung der Therapie. Auf das genaueste werden da alle Details geschildert, alle Maßnahmen begründet, wie es in einem ausführlichen Lehrbuche sein muß. Es herrscht da, wie überall im Werke, die größte Gründlichkeit, sodaß auch der erfahrenste hier und da etwas zulernen kann. In der Therapie zeigt sich Lang als Anhänger der Excision,

resp. der Zerstörung des Primäraffektes und der Präventivtherapie, dagegen als Gegner der chronisch-intermittierenden Behandlung, ohne nach meiner (d. Ref.) Ansicht in letzterer Frage seine Gegnerschaft überzeugend zu begründen. Die bekanntlich sehr guten Illustrationen sind eine Zierde des Werkes. Die zahlreichen Rezeptformeln zeichnen sich durch grofse Vollständigkeit aus, besonders bei der Angabe der Herstellung von weniger bekannten Präparaten. Zweifellos wird die Zahl der Freunde des Werkes stets zunehmen, denn es bildet eine vorzügliche Schule für Praktiker, die sich eingehend über dieses so unendlich wichtige Gebiet unterrichten wollen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

In Holland haben die Dermatologen eine „**Nederlandsche Vereeniging van Dermatologen**“ gegründet, deren Vorstand z. Z. besteht aus den Herren:

Dr. S. B. Selhorst, Haag, Vorsitzender.
Dr. Th. Brors v. Dort, Rotterdam, Stellvertr. Vorsitzender.
G. Mendes du Costa, Arzt, Amsterdam, Schatzmeister und Schriftführer.

Internationaler medizinischer Kongrefs in Moskau
vom 19—26. August 1897.
8. Sektion (Dermatologie und Syphiligraphie).

Als vorläufig zur Diskussion feststehend gelten folgende Themata:

I. Dermatologie.

Aktinomykosis. Tuberculosis cutis primitiva. Pathogenie der Alopecia areata. Akanthosis nigricans. Blennorrhagische Hauteruptionen, Malariaeruptionen, Quecksilbereruptionen. Behandlung der Sklerodermie. Behandlung der Sklerodermis Frisch oder Rhinosklerom.

II. Venerologie.

1. Wann hat die Quecksilberbehandlung der Syphilis zu beginnen? Wie lange soll sie dauern?

2. Mufs die Behandlung gleich nach dem Ausbruch der allgemeinen Symptome oder vor dem Erscheinen derselben beginnen?

3. Die Veränderungen der Formelemente des Blutes bei Syphilitikern im kondylomatösen Stadium.

4. Die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injektionen löslicher und unlöslicher Präparate.

Abgesehen von den vom Comité der Sektion ergangenen persönlichen Aufforderungen haben wir die Ehre, die Herren Kollegen und Mitglieder des Kongresses ergebenst zu bitten, entweder dem vom Comité angegebenen Programm beitreten oder ein Thema zum Vortrag auf dem Kongrefs nach Belieben wählen und den unterzeichneten Vorsitzenden von den betr. Wünschen in Kenntnis setzen zu wollen.

Alle weiteren Auskünfte betreffs der wissenschaftlichen Angelegenheiten und der Dermatologischen Ausstellung erteilt gern und bereitwilligst

Der Vorstand der VIII. Sektion:
Prof. Dr. A. Pospelow, Vorsitzender,
Klinik für Hautkrankheiten in Moskau.
Dr. G. Küsel, Schriftführer.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

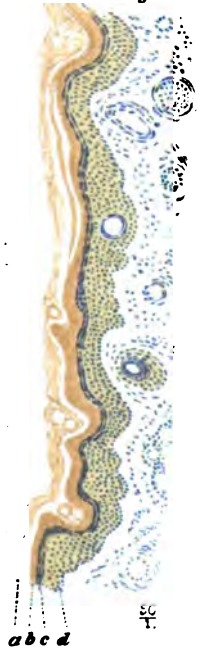


Fig. 5.

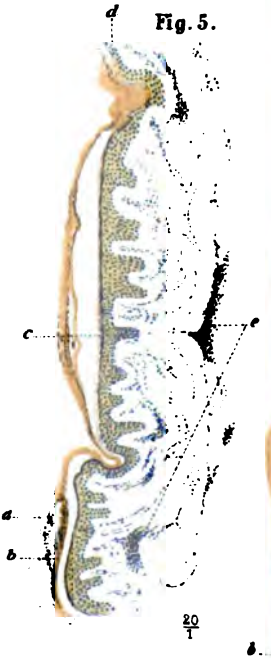
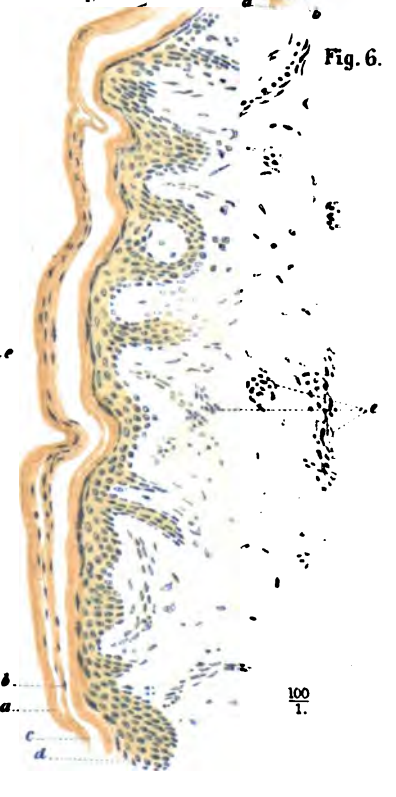


Fig. 6.



Gummelt del

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 5. 1. März 1897.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über das Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen der Einwirkung desselben auf die gesunde Haut.

Von

Dr. James C. Kellogg, New Orleans, U. S. A.
Volontär-Assistent des dermatologischen Laboratoriums und der Klinik.

(Mit Tafel VIII.)

Resorcin, im Jahre 1863 von Hlasiwetz und Barth in Wien als Zersetzungsprodukt verschiedener Umbelliferenharze durch Zusammenschmelzen mit Kalium entdeckt, wurde später im Jahre 1868 synthetisch aus Metajodphenol und Kalium durch Körner dargestellt.

Das Resorcin gehört der Phenolgruppe an, hat die Formel $C_6H_6O_2 = C_6H_4(OH)_2$ (Metadioxybenzol), ist isomer mit zwei anderen Gliedern dieser Gruppe, dem Brenzkatechin und dem Hydrochinon, und kann wie diese durch Substitution eines Wasserstoffatoms durch einen Wasserrest (OH) in Phenol aus letzterem erzeugt werden. Es ist in Wasser, Weingeist und Äther leicht löslich, bei 99° schmelzend, bei 100° sublimierend und bei 271° siedend und bildet farblose Tafeln oder Prismen.

Die Einführung und Anwendung des Resorcins in der medizinischen Praxis geschah zuerst ungefähr zehn Jahre nach seiner Entdeckung durch Andeer, der seine Eigenschaften durch physiologische und therapeutische Experimente genau feststellte und das Mittel als Therapeuticum auf das Wärmste empfahl. Als Heilmittel in der internen Medizin und in der Chirurgie wurde es vielfach gebraucht, wurde aber nach und nach wegen seiner toxischen Nebenwirkungen und seiner Unfähigkeit, besonders als Antisepticum mit anderen dieser Klasse angehörenden Mitteln zu konkurrieren, verlassen. Erst später und diesmal wieder durch Andeer eroberte es sich einen wichtigen Platz in der Dermatotherapie; hier wurde es von ihm in Pulverform als Causticum bei tuberkulösen und syphilitischen Geschwüren, als

externes Mittel als Ätzkristall oder in Salbenform bei hartem und weichem Schanker, bei akut infektiösen Hautkrankheiten, Rhagaden, Verbrennungen verschiedenen Grades, Verletzungen mit Hautdefekt, da es rasch und ohne Bildung von Narbengewebe zur Heilung führte, angewandt. Périer empfahl es in Lösung bei varikösen und skrophulösen Geschwüren. Nussbaum, Ihle, Rubino und Demme wandten das Resorcin in der Hauttherapie mit sehr gutem Erfolge an, z. B. bei Blattern, Sykosis, Haarschwund, Keloid, Epitheliom, Trichophytie und Ekzem. Beinahe zu derselben Zeit stellte Unna Versuche und Experimente an, um die genaue Wirkung dieses Medikamentes auf der Haut zu studieren und festzustellen. Auf Grund dieser Versuche und gleicher Untersuchungen mit einigen anderen Medikamenten stellte er seine Gruppe der reduzierenden Arzneimittel auf, wozu auch das Resorcin gehört. Er nannte dieselben reduzierende Arzneimittel, da sich ihm eine ihrer Hauptwirkungen als eine Sauerstoffentziehung, also eine Reduktionswirkung darstellte. Zuerst in seiner Arbeit über Überhäutung und Überhornung (Dermatoplasie und Keratoplasie)[1] wies er auf die hervorragende Bedeutung dieser Klasse von Arzneimitteln hin, von denen einzelne schon seit längerer Zeit sowohl pharmakologisch untersucht, wie auch praktisch in Gebrauch sind. Ich erlaube mir an dieser Stelle einige Auszüge aus seiner vortrefflichen und bahnbrechenden Arbeit,[2] „Ichthyol und Resorcin als Repräsentanten der Gruppe reduzierender Heilmittel" anzuführen:

„Diese Sauerstoffentziehung ist nun bei einigen derselben ein chemischerseits längst nachgewiesener, von ihrem Wesen untrennbarer Vorgang, so bei dem Schwefelwasserstoff, dem Pyrogallol, Chrysarobin, dem Zucker. Bei anderen Mitteln derselben Klasse steht der exakte Beweis noch aus, trotzdem besteht nach dem Ergebnis ihrer klinischen Anwendung gar kein Zweifel, dafs dieselben ebenfalls und zwar sehr wichtige Reduktionsmittel in unsern Händen sind, so die ichthyolsauren Salze, das Resorcin. Die Wirkung bei der Applikation auf die äufsere Haut wird bei allen diesen Substanzen nach drei Kategorien zu erörtern sein, zunächst ihre Wirkung auf die unverletzte Haut, sodann diejenige auf die blofsgelegte Cutis und endlich ihre auf die in der Haut schmarotzenden Parasiten."

Speziell über Resorcin sagt Unna in derselben Arbeit:

„Charakterisieren wir seine Stellung im allgemeinen, so haben wir es als ein reduzierendes Mittel kennen gelernt, welches an Intensität der Wirkung etwa die Mitte hält zwischen Schwefel und Ichthyol auf der einen, Pyrogallol und Chrysarobin auf der anderen Seite. Vor allen hat es gewisse negative Vorzüge, den Mangel schädlicher Nebenwirkungen, und ist aus diesem Grunde besonders geeignet für die ambulatorische Behandlung einiger hartnäckiger Hautleiden, besonders des Gesichts."

Da ich schon seit langer Zeit Gelegenheit hatte, die Anwendung des Resorcins in der Unnaschen Privatklinik zu verfolgen, wird es, ehe ich zur Beschreibung meiner histologischen Untersuchungen über Resorcin

[1] *Berl. klin. Wochenschr.* 1883. No. 35.
[2] *Dermat. Studien.* II. Heft.

übergehe, am Platze sein, diejenigen Hautkrankheiten zu erwähnen, bei welchen das Resorcin von UNNA angewandt wird, und danach kurz die verschiedenen Formen und Methoden der Anwendung mitzuteilen.

Es wird gebraucht bei den verschiedenen Parakeratosen, der trockenen Seborrhoe des Kopfes und dem seborrhoischen Ekzem, Psoriasis, juckenden Ekzemen, dem Eccema psoriatiforme, Sykosis, Narben, Erysipel, Epitheliom, Akne vulgaris, Alopecia pityrodes und endlich bei der „Schälkur", die wegen ihrer wichtigen Rolle in der Kosmetik eine besondere Besprechung verdient.

Als Form und Methode der Anwendung wird Resorcin in schwacher und starker Dosis gebraucht, erstere, wo eine schnelle Verhornung der Epithelzellen erwünscht wird, um die Bildung einer Hornschicht, letztere, um einen Zerfall und eine Erweichung der Oberhaut herbeizuführen; also die schwache Dosis bei Krankheiten, die eine Erweichung und Schwund der Hornschicht herbeigeführt haben, die starke Dosis, wo die krankhaften Veränderungen der Oberhaut in hyperplastischen Verdickungen bestehen. Ob man schwache oder starke Dosen gebraucht, stets mufs man Acht darauf geben, dafs die Anwendung nicht zu weit getrieben wird, um einerseits die gewünschte Neubildung einer fehlenden Hornschicht nicht bis zu übermäfsiger Trockenheit, Sprödigkeit der Haut- und Rhagadenbildung zu treiben, andererseits nach Beseitigung der hyperplastischen Verdickungen der Oberhaut Ödem, Blasenbildung und eiterige Entzündung des Papillarkörpers zu vermeiden.

Als Formen der Anwendung des Resorcins werden folgende benutzt: Salben, einfache oder zusammengesetzte mit Ichthyol, Zink, Salicylsäure (Unguentum Resorcini compositum), Puder, Pasten, spirituöse Lösungen, Dunstverband, letzterer als PRIESSNITZscher Umschlag mit Durchtränkung der Verbandstoffe mittelst einer wässerigen 1—2%igen Resorcinlösung, welcher besonders empfehlenswert bei nässenden Ekzemen des Kinderkopfes, wie überhaupt für Ekzeme der verschiedenen Körperteile ist. Ferner als Salbenmulle und Pflastermulle, die letzteren besonders, wo gleichzeitig eine impermeable Bedeckung gewünscht wird. Als letzte Form möchte ich hier die sog. „Schälpaste" erwähnen, die bei der Behandlung der Schönheitsfehler so unentbehrlich geworden ist. Sie besteht aus Pasta Zinci und Resorcin ää. Um die Wirkung des Resorcins zu erhöhen und den Abfall der Hornschicht zu befördern, kann etwas Salicylsäure (1—5%) zugesetzt werden. Die Paste wird jeden Tag eingerieben; gewöhnlich genügen vier Tage, um eine Abschälung zu erzielen. Sobald die Haut zu schälen anfängt, wird Zinkleim oder Zink-Salbenmull appliziert. Auf diese Weise kann eine Reihe von Schälungen hintereinander vorgenommen werden.

Neben seinen klinischen Untersuchungen über die reduzierenden Mittel

stellte UNNA neuerdings auch mit seinen Schülern eingehende histologische an. FRICKENHAUS[3] arbeitete über Karbolsäure, BUCK[4] über Pyrogallol und HODARA[5] über Salicylsäure. Die Resultate dieser drei Arbeiten stimmen im allgemeinen mit den von UNNA früher aus den klinischen Thatsachen abstrahierten pathologischen Vorstellungen überein; UNNA hatte die pathologischen Veränderungen, verursacht durch Einwirkung der verschiedenen Reduktionsmittel auf die Haut, folgendermafsen beschrieben:

„Die schwache Einwirkung zeigt sich zunächst in einer Veränderung der Hornschicht. Dieselbe wird dicker, dichter und härter. Während die Verhornung ungewöhnlich rasch in die Tiefe steigt, werden viele Reihen unverhornter Stachelzellen der normalen Hornschicht hinzugeführt und höchstwahrscheinlich im selben Mafse durch Neubildung von der untersten Stachelzellenlage her ersetzt. Wirken schwache Dosen der Reduktionsmittel längere Zeit gleichmäfsig ein, so kommt es schliefslich zu einer Scheidung innerhalb der Hornschicht in eine obere, mehr oder weniger dunkle, abgestorbene Partie, die der ursprünglichen, von dem Mittel sofort durchdrungenen lockeren Hornschicht entspricht, und eine untere, hell gefärbte, welche unter dem Einflufs des Mittels aus der Stachelschicht inzwischen neugebildet ist. Die Trennung zwischen beiden vollzieht sich meist leicht, und mühelos ziehen wir in völliger Kontinuität und papierdicker Schicht die alte Hornschicht ab. In innigem Konnex mit der oben erwähnten Erscheinung steht eine andere, welche bisher nicht genügend mit den Vorgängen an der Oberhaut in Zusammenhang gebracht wurde, nämlich die Pustulation. Das Auftreten von Pusteln und speziell von Follikulitiden an der Haut pflegt man mit Unrecht bisher allein an eine perifollikuläre Eiterung zu knüpfen. Diese ist allerdings notwendig dazu. Ebenso sehr gehört jedoch zur Erscheinung der Pustulation ein abnormer Verschlufs der Follikelmündungen mit Hornschicht.... Greift die Wirkung der reduzierenden Mittel in schwacher Dosis in die Tiefe, so finden wir einen Einflufs auf die Blutgefäfse, den wir kurzweg als einen „verkleinernden" bezeichnen wollen....

Die starke Einwirkung unserer Mittel auf die fertige Hornschicht allein ist nicht verschieden von derjenigen der schwachen. Es tritt allerdings viel rascher als bei jener eine Verdickung, Verdichtung und Eintrocknung der Hornschicht zu einer pergamentähnlichen Membran ein, und mit dieser sistiert die Einwirkung. Soweit die Hornschicht allein in Betracht kommt, ist also das Resultat bei schwacher und starker Einwirkung dasselbe."

Bei intensiver Einwirkung treten andere Vorgänge auf, die UNNA bezeichnet als

„eiterige Erweichung des Papillarkörpers mit der Stachelschicht auf der einen Seite und eine anscheinend inadäquate Festigkeit der überlagernden Hornschicht auf der andern."

Einen weiteren Effekt starker Dosen der reduzierenden Mittel giebt UNNA an als:

---

[3] FRICKENHAUS, Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefactum auf die gesunde Haut. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XXII. Band. 1896.

[4] BUCK, Histologie der Hautentzündung durch Pyrogalloleinwirkung. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Band XXI. 1895.

[5] HODARA, Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Salicylsäure auf die gesunde Haut. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* XXIII. Band. 1896.

„Eine erhebliche Erweichung des kollagenen Gerüstes der Cutis."

Um nun die Kette der histologischen Einwirkungen der reduzierenden Arzneimittel auf die gesunde Haut noch vollständiger zu machen, schien es mir von Interesse zu sein, auch die Einwirkung des Resorcins auf die gesunde Haut histologisch zu untersuchen.

Hierzu bedurfte ich zunächst eines zuverlässigen Materials an resorcinierter Haut. Ich behandelte mit verschiedenen Resorcinpräparaten die Haut des Kaninchenohrs, des Ohres vom Meerschweinchen und die Haut der Streckseite des eigenen Vorderarmes. Als hauptsächlichstes Versuchsobjekt diente mir das Kaninchenohr, auf welches ich Resorcin in verschiedenen Dosen in Form von spirituösen und ätherischen Lösungen, von Kollodiumfirnis und Pflastermull applizierte. Da sich hierbei herausstellte, dafs die spirituöse Lösung und der Pflastermull am energischsten einwirkte, begnügte ich mich beim Meerschweinchen und der eigenen Haut mit der Einwirkung des Pflastermulls. Folgendes sind die genaueren Daten dieser Versuche.

I. Versuch. Die innere Fläche eines Kaninchenohres wurde glatt rasiert, gereinigt und innerhalb zweier Tage zweimal täglich einmal mit einer 50%igen spirituösen Resorcinlösung mittelst eines Wattebausches betupft. Nach 48 Stunden wurde die so behandelte Hautpartie excidiert.

Makroskopisch zeigte sich eine minimale dunkle Verfärbung der Hornschicht. Schwellung und Rötung waren nicht vorhanden. Das so excidierte Hautstück wurde in gewöhnlicher Weise nach Härtung in Alkohol in Celloidin eingebettet und geschnitten.

Färbungen: 1. Hämatoxylin, Entfärbung mit einer 1%igen HCl-Alkohollösung; 2. polychrome Methylenblaulösung, Entfärbung mit Glycerinäthermischung; 3. Karbolfuchsin, Entfärbung mit Tanninorangelösung; 4. Säurefuchsin-Pikrinfärbung; 5. polychrome Methylenblaulösung — neutrale Orceinlösung; 6. polychrome Methylenblaulösung — konzentrierte Tannin-Anilinlösung; 7. saures Orcein — polychrome Methylenblau-Tanninorangelösung; 8. Van Gieson; 9. polychrome Methylenblaulösung — Anilinalaunlösung.

II. Versuch. Auf die glatt rasierte und gereinigte innere Fläche eines Kaninchenohres wird innerhalb zweier Wochen 14 mal, täglich einmal, eine 50%ige spirituöse Lösung von Resorcin eingerieben.

Makroskopisch war eine geringe dunkle Verfärbung der Hornschicht wahrnehmbar. Keine Schwellung und keine Rötung. Nach zwei Wochen wurde das so eingeriebene Hautstück excidiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Schnittfärbungen wie beim Versuche I.

III. Versuch. Auf die, wie oben erwähnt vorbereitete innere Hautfläche eines Kaninchenohres wird innerhalb zweier Tage zweimal, täglich einmal, eine 20%ige Lösung von Resorcin in Kollodium gepinselt.

Makroskopisch war eine leichte dunkle Verfärbung der Hornschicht. Abwesenheit von Schwellung und Rötung. Das behandelte Hautstück wurde nach 48 Stunden excidiert in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Schnittfärbungen wie oben.

IV. Versuch. Auf dieselbe, wie oben erwähnt vorbereitete Hautfläche eines Kaninchenohres wird innerhalb dreier Tagen dreimal, täglich einmal, eine 50%ige

Lösung von Resorcin in Äther gestrichen. Makroskopisch zeigte sich eine kaum nennenswerte dunkle Verfärbung der Hornschicht ohne Schwellung und Rötung.

Nach drei Tagen wurde das bestrichene Hautstück excidiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Schnittfärbungen wie oben.

V. Versuch. Auf die, wie obenerwähnt vorbereitete, innere Hautfläche eines Kaninchenohres wird während dreier Wochen ein Stückchen eines Resorcinpflastermulls von 20,0 g gelegt. In der Zeit wurde täglich oft nachgesehen, dafs der Pflastermull fest auflag. Nach drei Wochen wurde der Pflastermull abgenommen. Makroskopisch zeigte sich eine dunkle Verfärbung der Hornschicht. Schwellung und Rötung waren nicht vorhanden. Nach drei Wochen wurde das behandelte Hautstück excidiert, in Alkohol gehärtet und geschnitten. Schnittfärbungen wie oben.

VI. Versuch. Auf die glatt rasierte und gereinigte innere Ohrenfläche eines Meerschweinchens wird während einer Woche ein Stückchen Resorcinpflastermull (20,0) gelegt. In der Zeit wurde täglich öfter nachgesehen, dafs der Pflastermull fest auflag. Nach sieben Tagen wurde das Pflastermullstück abgenommen, wobei makroskopisch eine dunkle Verfärbung ohne Schwellung und ohne Rötung sich zeigte. Nach sieben Tagen wurde das behandelte Hautstück excidiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Die oben erwähnten Schnittfärbungen werden vorgenommen.

VII. Versuch. Vier Tage dauernde Applikation von Resorcinpflastermull (20,0) auf eine glatt rasierte und mit Äther abgewaschene Hautstelle der Streckseite meines linken Vorderarms.

Nach vier Tagen wurde der Pflastermull abgenommen, wobei makroskopisch eine geringe dunkle Verfärbung der Hornschicht ohne Schwellung und Rötung sich zeigte. Excision der behandelten Hautstelle unter Chloräthyl-Anästhesie. Härtung in Alkohol, Einbettung in Celloidin und Schnittfärbungen wie oben.

VIII. Versuch. Acht Tage dauernde Applikation von Resorcinpflastermull (20,0) auf eine glatt rasierte und mit Äther abgewaschene Hautstelle der Streckseite meines linken Vorderarms. Nach acht Tagen folgte das Abnehmen des Pflastermulls. Makroskopisch zeigte sich mäfsige dunkle Verfärbung der Hornschicht ohne Schwellung und Rötung. Die so behandelte Hautstelle wurde, unter Chloräthylanästhesie, excidiert, in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und geschnitten. Schnittfärbungen wie oben.

Die histologischen Befunde dieser acht Fälle von künstlicher Resorcinierung der Haut sind so einfach und gleichartig, dafs wir dieselben in einer Übersicht zusammenfassen können.

Die Einfachheit wird hauptsächlich dadurch erzeugt, dafs der ganze durch das Resorcin gesetzte pathologische Prozefs sich in dem schmalen Bezirk der Oberhaut und des Papillarkörpers abspielt. Nur selten erstreckt sich eine geringe Auswanderung von Leukocyten bis zu den tiefer liegenden Hautgefäfsen. Dagegen bleibt bei der Resorcinierung die eigentliche Cutis mit ihren Bindegewebszellen verschont. Die Blut- und Lymphgefäfse sind nicht über die Norm erweitert, das Bindewebe ist nicht ödematös und die Zellen zeigen nicht jene hypertrophischen Veränderungen, welche in starker Ausbildung bei der Pyrogalloldermatitis, in schwächerer bei der Salicyldermatitis auftreten. Auch ein koagulierender, zur Stase und Thrombose führender Einfluſs auf den Inhalt der Blutgefäfse, wie er die

Karbolwirkung charakterisiert, kommt bei der Resorcinierung nicht vor. Die Auswanderung von Leukocyten hält sich in noch mäfsigeren Grenzen als bei der Salicylsäure und es kommt niemals zu einer starken Eiterung wie beim Pyrogallol. Die Erweichungsprozesse (Kolliquation des Epithels, Erweichung des kollagenen Gewebes, Nekrose), welche die höheren Grade der Pyrogalloldermatitis kennzeichnen, konnte ich auch durch stärkste Resorcinierung nicht erreichen.

Es folgt hieraus, dafs die hin und wieder beim Menschen auftretenden Blasenerscheinungen mit starker Rötung und Schwellung nicht zu den regulären Folgen der Resorcinanwendung gehören und eine besondere Idiosynkrasie gegen das Mittel voraussetzen.

Um so wichtiger sind die bei allen gewonnenen Präparaten sichtbaren Veränderungen der Oberhaut. Dieselben gehen auch nicht über den Rahmen derjenigen Erscheinungen hinaus, welche wir bei Einwirkung der übrigen Phenole (Karbolsäure, Salicylsäure, Pyrogallol) an der Oberhaut wahrnehmen, aber sie finden sich hier reiner, ohne die Komplikationen, welche die Anwendung der letztgenannten Mittel auszeichnet.

Im ganzen und grofsen können wir drei verschiedene Grade der Einwirkung des Resorcins auf die Oberhaut unterscheiden.

Der geringste Grad wurde erzielt durch dreimalige Applikation von Resorcinäther (50%) auf das Kaninchenohr (Fall IV) und von Resorcinpflastermull auf das Ohr des Meerschweinchens (Fall VI). Es kommt nur zu einer eben wahrnehmbaren Verdickung der Hornschicht; diese blättert nicht ab und ist nicht in verschiedene Lagen gespalten. Das Eindringen des Resorcins in die Tiefe macht sich nur durch ein stellenweises Verschwinden der Körnerschicht geltend. Beim Meerschweinchen, welches normalerweise eine sehr dicke Körnerschicht besitzt, bleibt diese erhalten und wird gleichsam nur um einige Lagen nach abwärts gedrängt, während die Stachelschicht um ebenso viele Zelllagen verdünnt ist. Die Stachelschicht ist sonst unverändert. Es findet sich keine Spur von Leukocytenauswanderung in der Cutis.

Einen mittleren Grad der Resorcinierung erhielt ich durch zweimalige Applikation von 50%igem Resorcinspiritus (Fall I), ebenso von 20%igem Resorcinkollodium (Fall III) und von Resorcinpflastermull (20) auf das Kaninchenohr (Fall V) und von Resorcinpflastermull (20) auf die menschliche Haut (Fall VII).

In allen diesen Fällen bleibt es nicht bei einer Verdickung der Hornschicht stehen, sondern dieselbe blättert in verschieden dicken Lamellen ab, was wohl durch eine gröfsere Trockenheit und Sprödigkeit bedingt wird. Wichtiger aber ist das Auftreten einer neuen Schicht unterhalb der alten, resorcinierten Hornschicht, welche dieselbe oder eine gröfsere bis doppelt so grofse Breite besitzt. Bei blofser Kernfärbung,

d. i. bei den Hämatoxylinpräparaten, macht diese Schicht zunächst den Eindruck einer gewöhnlichen Hornschicht, in welcher nur die stäbchenförmigen Kerne erhalten geblieben sind. Bei näherer Untersuchung und besonders, indem man die Übergänge dieser Schicht in die benachbarten Partien der nicht resorcinierten Oberhaut ins Auge faſst, bemerkt man aber, daſs es sich um einen stark veränderten Teil der früheren Körner- und Stachelschicht handelt. Das hornschichtähnliche Aussehen derselben rührt nur davon her, daſs die sonst durch Hämatoxylin so stark färbbaren Keratohyalinkörner vollkommen unfärbbar geworden oder ganz verschwunden und gleichzeitig die Zellen und ihre Kerne stark abgeplattet sind. Immerhin giebt es mehrere Anzeichen, daſs diese resorcinierte Stachelschichtlage nicht mit einer Hornschicht ganz identisch ist. Der Hauptunterschied besteht natürlich in der Erhaltung der Kerne; sodann zeigt schon bei Hämatoxylinfärbung die neue Schicht einen leichten graubläulichen Ton, während die echte und gesunde Hornschicht der Nachbarschaft und die resorcinierte Hornschicht darüber ganz entfärbt sind. Viel deutlicher tritt der groſse chemische Unterschied zwischen resorcinierter Stachelschicht und Hornschicht jedoch hervor bei der Säure-Fuchsin-Pikrin-Methode. Hier färbt sich die gesunde und resorcinierte Hornschicht tief rot, während die resorcinierte Stachelschicht, ebenso wie die gesunde Stachelschicht der Nachbarschaft, rein gelb gefärbt ist.

Diese resorcinierte Stachelschicht zeigt das Bestreben, sich von der gesund gebliebenen Lage der Stachelschicht zu trennen, während sie mit der resorcinierten Hornschicht gewöhnlich im Zusammenhange bleibt. Dadurch treten zwischen ihr und der gesunden Stachelschicht Spalten auf, die sich schon in vivo oder während der Präparationsmethoden öfter so sehr erweitern, daſs man zuerst eine Blasenbildung vor sich zu sehen glaubt. Aber die entstehenden Lücken und Höhlen enthalten keine Exsudate, jedenfalls keine flüssigen, durch die Härtungsmethoden gerinnbaren, eiweiſshaltigen Flüssigkeiten. Jedoch zeigen sie an den Rändern und meistens an der Unterfläche der abgehobenen Schicht eine geringere oder gröſsere Anzahl von Wanderzellen, welche zuweilen (Fall V) bei ihrem Durchtritt durch die gesund gebliebene Stachelschicht und bei ihrem Austritt aus den zunächst gelegenen Blutkapillaren überrascht werden. Immerhin ist ihre Menge stets so unbedeutend, daſs man nicht von einer Exsudation reden kann; die Abschiebung der resorcinierten Hornschicht geschieht auf trockenem Wege. Öfters bleibt man sogar im Zweifel, ob es sich bei den wenigen, polynukleären Leukocyten überhaupt um solche und nicht vielmehr um Bröckel von Epithelkernen handelt. Jedoch habe ich mich auf das Bestimmteste überzeugt, daſs eine gewisse Anzahl von Leukocyten von der sich ablösenden Oberhaut angelockt werden. Dieselbe legt sich manchmal im Schnitte etwas auf die Seite, so daſs man ihre

Unterseite von der Fläche zu sehen bekommt und kann daselbst ein ganzes Netz von langausgezogenen Leukocytenkernen beobachten, welches an dieser Stelle in das Netz von epithelialen Saftspalten einzudringen sucht. Zerbröckelte Epithelkerne würden diese bekannten, verästelten Figuren nicht liefern können. Die meisten Leukocyten zeigten sich unterhalb der beim Menschen erzeugten Resorcinschuppe. (Fall VII.)

Bei den mittleren Graden der Resorcinierung bemerkt man bereits in dem nicht abgehobenen Teile der Stachelschicht einzelne Mitosen in den basalen Stachelzellen, mithin die Neigung, für den in Verlust geratenen Abschnitt der Oberhaut einen Ersatz zu liefern. Am meisten Mitosen weist die sehr zellenreiche Oberhaut des Meerschweinchens auf. (Fall VI.)

Der dritte und höchste Grad der Resorcineinwirkung wird von meinem 2. und 8. Fall repräsentiert. In jenem war das Kaninchenohr vierzehn Tage lang täglich mit 50%igem Resorcinspiritus behandelt, in diesem die menschliche Haut acht Tage lang mittelst Resorcin-Pflastermull. In diesen Fällen ist die Abhebung der resorcinierten Oberhaut vollendet. Die gesund gebliebene Stachelschicht ist trotz der weitergehenden Resorcineinwirkung nicht bis zu gröfserer Tiefe und vor allem nicht bis an das Niveau des Papillarkörpers nekrotisiert, sondern hat im Gegenteil sich durch Bildung einer neuen Horn- und Körnerschicht vollständig von der Resorcinschwarte getrennt. Dadurch ist sie von dem fortgehenden Einflusse des Resorcins unabhängig geworden, sie hat sich in der neuen Hornschicht gleichsam einen Schild gegen weitere medikamentöse Eingriffe geschaffen.

Man sieht in diesen Fällen von vollendeter Resorcinabschälung drei homogene Schichten übereinander lagern, zu oberst die alte, resorcinierte Hornschicht, dann die alte, resorcinierte kerne- und leukocytenhaltige Stachelschicht und zu unterst die normal gebaute, neue Hornschicht.

In diesem Stadium findet man sehr viele Mitosen in der Oberhaut unterhalb der Resorcinschwarte. Auch erscheinen einige Kapillaren der Cutis noch erfüllt von Leukocyten, die sich vereinzelt nach der Oberhaut begeben.

Ueberblicken wir die hier skizzierten histologischen Bilder im Zusammenhange, so ergibt sich als wichtigstes Resultat, dafs das Resorcin auf tierischer und menschlicher Haut auch bei starker Anwendung nur einen wenig tiefgehenden, dafür in der Fläche aber sehr gleichmäfsigen nekrotisierenden Einfluſs ausübt. Derselbe reicht in allen Fällen über die Hornschicht hinaus in die Tiefe und verwandelt die Körnerschicht und einen oberen Teil der Stachelschicht in eine hornschichtähnliche, aber von einer wahren Hornschicht dennoch durchaus verschiedene, homogene Membran.

Der zweite, ebenfalls für die Praxis sehr wichtige Punkt ist der Umstand, dafs auch bei fortdauerndem Einflufs des Resorcins die nekrotisierende Wirkung allmählich aufhört und die Oberhaut selbst derselben — ähnlich wie bei der Karbolsäure — dadurch eine Grenze setzt, dafs sie ziemlich rasch eine normale Horn- und Körnerschicht an ihrer Oberfläche ausbildet. Diese Eigenschaft des Resorcins, nämlich die Verhornung zu begünstigen, kennen wir klinisch schon lange; vielleicht hängt dieselbe mit der reduzierenden Eigenschaft des Resorcins zusammen.

Die dritte in negativem Sinne sich äufsernde und wesentliche Eigenheit der Resorcinwirkung, wodurch dieselbe sich hauptsächlich von der Pyrogallolwirkung unterscheidet, ist die auffallende Indifferenz aller sonstigen Hautbestandteile bei der Resorcinierung. Für die Cutis und speziell deren Blutgefäfse ist das Resorcin offenbar ein sehr wenig angreifendes Mittel.

Diese drei Eigenschaften der Resorcinierung, die geringe und gleichmäfsige Tiefenwirkung, die Selbstregulierung der Oberhaut gegenüber der Resorcinätzung und die äufserst geringe entzündliche Beteiligung der Cutis machen, wie ein Jeder einsehen mufs, in ihrem Zusammenwirken das Resorcin zu dem idealen Schälmittel für die Haut, welches eine grofse Sicherheit mit einer sehr erfreulichen Milde der Einwirkung vereinigt.

Es ist daher sehr leicht verständlich, dafs sich das Resorcin überall dort einen dauernden Platz erworben hat, wo es gilt, auf die unschädlichste Weise eine pathologisch-affizierte Oberhaut durch eine junge und gesunde rasch zu ersetzen. So findet es in starker Dosierung Verwendung bei trockenen Ekzemen, besonders des Gesichtes, bei Acne vulgaris, Psoriasis, Epitheliomen und Narben. Man wird es hier allein oder noch verstärkt durch Salicylsäure in Form von 10—50 %igen Zinkpasten am zweckmäfsigsten verordnen.

Aber auch ohne eine rasche Abschälung herbeizuführen, wirkt das Resorcin durch seine lediglich nekrotisierende, nicht gleichzeitig exsudative Entzündungen hervorrufende Eigenschaft sehr günstig auf dieselben pathologischen Prozesse in schwacher Dosierung. Es stofsen sich dann nur die obersten Hornlamellen ab, während eine leichte Neubildung von jungem Epithel angeregt wird. Wie man sieht, ist auch diese Anwendung in refracta dosi, d. h. als 1—2—5 %iger Zusatz zu antiekzematösen Mitteln, sehr brauchbar und auch allgemein beliebt. Für diese Anwendung in refracta dosi, speziell beim seborrhoischen Ekzem des Gesichts, der Seborrhoea, der Alopecia pityrodes und der Rosacea, kommt noch der günstige Umstand in Betracht, dafs das Resorcin farb- und geruchlos ist.

Ob die ausgedehnte Anwendung bei parasitären Affektionen sich noch auf eine spezifisch antiparasitäre Wirkung des Resorcins auf die Infek-

tionsträger stützen kann, muſs eine eigene Versuchsreihe ergeben, in welcher diese Pilze in ihren Kulturen mit dem Resorcin zusammengebracht werden. In der That besteht ein solcher Einfluſs sehr wahrscheinlich, da das Resorcin zu den phenolartigen Körpern gehört. Sicher ist aber, daſs schon die exfoliierende, abschälende Wirkung des Resorcins allein im stande ist, eine groſse Menge von Hautparasiten auf mechanischem Wege zu eliminieren. Jedenfalls muſs bei der Untersuchung jeder parasitären Wirkung diese eliminierende Eigenschaft des Resorcins für die Oberhaut mit in Rechnung gezogen werden.

Tafelerklärung.

Fig. 1. Kaninchenhaut, zweimal mit 50%igem Resorcinspiritus behandelt. $^{100}/_{1}$.
- *a.* Resorcinierte Hornschicht, darunter die kernhaltige, resorcinierte Stachelschicht.
- *b.* Fragmentierte Leukocytenkerne an der Unterseite der abgehobenen Stachelschicht.
- *c.* Auswandernde Leukocyten.
- *d.* Mitose eines Haarbalgs.

Fig. 2. Kaninchenhaut, 14 mal mit 50%igem Resorcinspiritus behandelt. $^{100}/_{1}$.
- *a.* Resorcinierte Hornschicht.
- *b.* Resorcinierte Stachelschicht, von Leukocyten durchsetzt.
- *c.* Hornschicht und Körnerschicht, über der zurückgebliebenen Stachelschicht neugebildet.
- *d.* Zurückgebliebene Stachelschicht.
- *e. e.* Spalten, von der blasig abgehobenen Hornschicht und Stachelschicht gebildet.
- *f.* Auswandernde Leukocyten.
- *g.* Mitosen.

Fig. 3. Kaninchenhaut, zweimal mit 20%igem Resorcincollodium behandelt. $^{25}/_{1}$.
- *a.* Resorcinierte Horn- und Stachelschicht, an der Unterseite mit Leukocytenkörnern.
- *b.* Zurückgebliebene Stachelschicht.

Fig. 4. Meerschweinchenhaut, sieben Tage mit Resorcinpflastermull behandelt. $^{50}/_{1}$.
- *a.* Resorcinierte Hornschicht.
- *b.* Darunter neugebildete Hornschicht.
- *c.* Verdickte Körnerschieht.
- *d.* Verschmälerte, mitosenhaltige Stachelschicht.

Fig. 5. Menschenhaut, vier Tage mit Resorcinpfastermull behandelt. $^{20}/_{1}$.
- *a.* Resorcinierte Hornschicht.
- *b.* Durch Exsudat zu einer kleinen leukocytenhaltigen Kruste umgewandelte, resorcinierte Stachelschicht.
- *c.* Neugebildete Horn- und Körnerschicht, welche links davon noch fehlt.
- *d.* Zurückgebliebene Stachelschicht.
- *e.* Blutkapillare, mit einem Mantel von Leukocyten.

Fig. 6. Menschenhaut, acht Tage mit Resorcinpflastermull behandelt. 100/1.
a. Resorcinierte Hornschicht.
b. Kernhaltige resorcinierte Stachelschicht.
c. Neugebildete Horn- und Körnerschicht über der zurückgebliebenen Stachelschicht mit Mitosen (*d*).
e. Auswandernde Leukocyten.

Aus dem Alten Allgemeinen Krankenhause Hamburg-St. Georg.
Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke (Oberarzt Dr. Engel-Reimers).

Über die Sterblichkeit und die Häufigkeit der hereditären Syphilis bei den Kindern der Prostituierten.

Von

Dr. Siegmund Werner,
Assistenzarzt.

(Schluſs.)

Betrachten wir endlich die 103 Kinder, die von syphilitischer Mutter geboren wurden, während der Beobachtung indes selbst keine Zeichen ererbter Syphilis darboten.

44 leben am Ende des ersten Jahres = 42,7%,
13 werden vorzeitig entlassen ..... = 12,5%,
46 sterben ..... = 44,8%,

und zwar:	in der 2. Woche	2
	„ „ 3. „	3
	im 2. Monate	11
	„ 3. „	11
	„ 4. „	3
	„ 5. „	1
	„ 6. „	5
	„ 7. „	2
	„ 8. „	5
	„ 9. „	1
	„ 11. „	2

Auch hier haben wir das gleiche Verhalten; die weitaus gröſste Sterblichkeit zeigt das erste Vierteljahr, in den folgenden Quartalen sind die Zahlen annähernd gleich.

Als Todesursache notierten wir im Sektionsprotokolle:

Pädatrophie und Brechdurchfall	22 mal
Miliartuberkulose	3 „
Meningitis	2 „
Eklampsia infantum	2 „
Pericarditis purulenta	1 „
Cholera	1 „
Die Sektion unterblieb	15 „

Von nicht spezifischen Affektionen wurden intra vitam beobachtet:

Naevus vasculosus	2 mal,	Rhachitis	12 mal,
Hydrocele duplex	2 „	Brechdurchfall	4 „
Spina bifida	1 „	Morbilli	1 „
Adenopathie	1 „	Varicellen	1 „
etwas Coryza	1 „	Ophthalmoblennorrhoe	2 „
Hautabscefs	3 „	Otitis media purul.	1 „
Furunkel	3 „	Abscessus mammae	1 „
Eccema papulatum	6 „		

Es erhellt aus diesen Zusammenstellungen, dafs sich hierunter eine Reihe von Individuen befinden, bei denen die Syphilis der Mutter eine gewisse Prädisposition für die im Säuglingsalter drohenden Gefahren geschaffen hat. Besonders die Nachuntersuchung der länger als ein Jahr beobachteten Kinder (wie Tabelle II zeigt, befindet sich hierunter eine gröfsere Zahl in höherem Alter) hat fast durchgehends rhachitische Befunde ergeben. Die grofse Zahl der Todesfälle an Pädatrophie und Brechdurchfällen, die Disposition zu anderen Infektionskrankheiten und zu Entwickelungsanomalien ist eine längst bekannte und durch das vorliegende Material vollauf bestätigte Thatsache. Die Syphilis ist eben, wie Gueneau de Muny sagt, ein Dünger, auf welchem alle Krankheitsstoffe gedeihen. Es ergiebt sich also nur die wesentliche, bisher nicht genügend betonte Thatsache, dafs ein solcher, von hereditärer Syphilis anscheinend freier oder immuner Körper, selbst wenn er Kraft genug besitzt, sich weiter zu entwickeln, doch an seiner Widerstandsfähigkeit im Vergleiche zu der Nachkommenschaft wirklich gesunder Eltern bedeutend Schaden gelitten hat. Dafs überhaupt von syphilitischer Mutter so viel Kinder geboren werden, die die Syphilis nicht erben, hängt zweifellos mit der ausgedehnten Behandlung der Mutter zusammen, wie weiter unter gezeigt werden soll.

Zunächst möchte ich nun in Kürze über die Fälle berichten, in denen mehrfache Schwangerschaften bei syphilitischen Müttern beobachtet wurden. In diesen Fällen ist bekanntlich die schädigende Einwirkung der Syphilis auf die Frucht bei jeder nachfolgenden Schwangerschaft durchweg

etwas geringer, als sie bei der vorhergehenden war, und es pflegen daher, weil eben die Wirkung des Giftes sich graduell abschwächt, mehrfache Graviditäten nach einem ganz bestimmten, geradezu typischen Schema zu verlaufen:

1. Gravidität: Abortus mens. III,
2. „ Totfauler Foetus im 7. oder 8. Monate.
3. „ Geburt eines lebensschwachen oder eines mit her.-syph. Ausschlägen zur Welt kommenden Kindes, das nach wenigen Tagen zu Grunde geht.
4. „ Geburt eines ausgetragenen Kindes, das später an her.-syph. Erscheinungen erkrankt, aber am Leben bleibt.
5. „ Geburt eines gesunden Kindes.

Diese typische Reihenfolge tritt nun bei unseren Prostituierten, wie die nachstehende Tabelle zeigt, nur verhältnismäfsig selten in die Erscheinung.

1.	Abortus, dann hereditäre, dann gesunde Kinder	1 mal.
2.	Abortus, dann hereditäre Kinder	4 „
3.	Abortus, dann gesunde Kinder	9 „
4.	Hereditäre Kinder, dann Abortus	3 „
5.	Abortus, hereditäre und gesunde Kinder abwechselnd	4 „
6.	Hereditäre Kinder	2 „
7.	Hereditäre, dann gesunde Kinder	7 „
8.	Gesunde Kinder	8 „
9.	Gesunde Kinder, dann Abortus	5 „
10.	Gesunde und hereditäre Kinder abwechselnd	2 „
11.	Gesunde, dann hereditäre Kinder	2 „
12.	Gesunde Kinder und Abortus abwechselnd	1 „

Diese scheinbaren Abweichungen von dem Gesetz dürften aber unschwer zu erklären sein. Einmal ist hier die antisyphilitische Behandlung zu berücksichtigen, welche für eine, oft genug auch für eine zweite dann folgende Schwangerschaft den Einfluſs der Syphilis paralysiert und die Geburt lebensfähiger, gesunder Kinder bewirkt, dann aber ihre Heilkraft verliert und nunmehr bei der drittnächsten Gravidität die Syphilis, wenn man so sagen darf, wieder zu ihrem Rechte kommen läſst; sodann aber dürfte auch mit der Thatsache zu rechnen sein, daſs eine spätsyphilitische, durch wiederholte Behandlungen günstig beeinfluſste Prostituierte von einem frühsyphilitischen Individuum geschwängert wird, und nun auf mehrere vorangegangene gesunde Kinder plötzlich wieder eine totfaule Frucht oder ein hereditär-syphilitisches Kind folgt, weil diesmal zu der abgeschwächten oder bereits nahezu erloschenen Wirkung der mütterlichen Erkrankung der deletäre Einfluſs eines in voller Blüte der Syphilis befindlichen, nicht behandelten Erzeugers für die Frucht hinzu-

kommt. Diese Thatsache, die sich begreiflicherweise niemals beweisen läfst, dürfte trotzdem für die Nachkommenschaft der Prostituierten oft genug zur Geltung kommen. Endlich ist als dritte, hier in Betracht zu ziehende Thatsache noch der Umstand zu erwähnen, dafs Prostituierte infolge der mit ihrem Gewerbe verknüpften Schädlichkeiten entschieden weit mehr zu Aborten disponiert sind, als andere Frauen, und dafs blofs auf diese Schädlichkeiten schon manche Fehlgeburten, welche auf vorangegangene normal endende Schwangerschaften folgen, oft genug zurückzuführen sein dürften.

Nach diesen allgemeinen Erläuterungen gehe ich nun zur detaillierten Besprechung der in der Tabelle zusammengestellten 48 mehrfachen Schwangerschaften über.

Es waren 23 . . . . . 2 mal schwanger,
8 . . . . . 3 „ „
6 . . . . . 4 „ „
5 . . . . . 5 „ „
2 . . . . . 6 „ „
2 . . . . . 7 „ „
2 . . . . . 8 „ „

Unter den 23 zweimal Schwangeren sind 11, bei denen die Syphilis nicht eine Abkürzung der Gravidität veranlafste und beide Schwangerschaften mit der rechtzeitigen Geburt eines lebenden Kindes endeten. In 6 Fällen blieben beide Kinder ohne Zeichen kongenitaler Lues, einmal wurde bei beiden Kindern hereditäre Syphilis konstatiert, 4 mal erkrankte das Erstgeborene, während das zweite Kind verschont blieb. Weiter sind unter den 23 zweimal Schwangeren 12, bei welchen die eine der beiden Graviditäten mit Abort oder Frühgeburt endete; 8 mal betraf das vorzeitige Ende die erste, 4 mal die zweite Schwangerschaft. Bei den letzterwähnten 4 Fällen wurden 3 mal die ausgetragenen, lebend geborenen Kinder syphilitisch; in den ersterwähnten 8 Fällen blieb das lebend geborene Kind 5 mal ohne Manifestation der kongenitalen Seuche, während es sich 3 mal um hereditär-syphilitische Individuen handelte.

Unter den 8 dreimal Schwangeren finden wir folgende Verhältnisse:

Alle drei Schwangerschaften enden mit der Geburt gesunder und gesund bleibender Kinder . . . . . 1 mal.

(Das Individuum war am Ende der Sekundärperiode seit 4 Jahren syphilitisch, hatte 11 Monate vor der ersten Entbindung das letzte sekundär syphilitische Recidiv.)

Die beiden erstgeborenen Kinder bleiben gesund[24], das letzte Kind ist hereditär-syphilitisch . . . . . 2 mal.

[24] Unter „gesund" soll hier und in den ferneren Betrachtungen nur verstanden werden, dafs das Individuum frei von Manifestationen der kongenitalen Syphilis bleibt.

(In beiden Fällen lag der Infektionszeitpunkt über 9 Jahre zurück, als das kongenital infizierte Kind geboren wurde. Bemerkenswert erscheint, dafs die Mutter in einem Falle zwischen der ersten und zweiten Entbindung an sekundärer Lues erkrankte und demzufolge in der Mitte der zweiten Gravidität eine Schmierkur durchmachte.)

Die dritte Schwangerschaft endet durch Abort, während vorher gesunde Kinder geboren werden . . . . . 1 mal.

Die erste Schwangerschaft endet durch Frühgeburt, die späteren enden mit der Geburt gesunder Kinder . . . 1 mal.

Die erste und zweite Schwangerschaft enden durch Abort, die dritte fördert ein gesundes Kind zu Wege . . . . 2 mal.

Die zweite Schwangerschaft wird durch Abort beendet 1 mal.

Um diese Verhältnisse übersichtlicher zu gestalten, seien sie in Kürze rekapituliert.

Graviditas I.	Graviditas II.	Graviditas III.	
ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
ges. Kind	ges. Kind	her.-syph. Kind	2 mal
ges. Kind	ges. Kind	Abortus	1 mal
Abortus	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
Abortus	Abortus	ges. Kind	2 mal
ges. Kind	Abortus	ges. Kind	1 mal

Bei den 6 viermal Schwangeren gestalten sich unter dem gleichen Gesichtspunkte die Verhältnisse folgendermafsen:

Graviditas I	Graviditas II	Graviditas III	Graviditas IV	
her.-syph. Kind	ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
her.-syph. Kind	her.-syph. Kind	her.-syph. Kind	her.-syph. Kind	1 mal
her.-syph. Kind	her.-syph. Kind	her.-syph. Kind	ges. Kind	1 mal
totgebor. Kind	nicht lebensf. Kind	ges. Kind	her.-syph. Kind	1 mal
ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	Abortus	1 mal
ges. Kind	nicht lebensf. Kind	Abortus	Abortus	1 mal

5 fünfmal schwangere Puellen zeigen folgende Nachkommenschaft:

Graviditas I	Graviditas II	Graviditas III	Graviditas IV	Graviditas V	
her.-syph. K.	ges. Kind	ges. Kind	her.-syph. K.	ges. Kind	1 mal
Abortus	her.-syph. K.	Abortus	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
Abortus	nicht lebensf. K.	ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	ges. Kind	1 mal
ges. Kind	frühgeborenes, nicht lebensf. K.	totgeborenes K.	her.-syph. K.	totgebor. Kind	1 mal

---

Es braucht wohl nicht erwähnt zu werden, dafs diese „gesund" bezeichneten Individuen, wie schon aus dem oben Gesagten hervorgeht, in einer grofsen Zahl von Fällen von irgend welchen mit der Syphilis nicht in direkter Beziehung stehenden Krankheiten befallen werden und diesen dann erliegen.

Für die noch häufiger graviden Prostituierten dürfte es am übersichtlichsten sein, jede Beobachtung an der Hand der Krankengeschichte speziell kurz zu analysieren.

1. Rei. Prot. No. 62. 89. 106. 117.

1879. Sekundäre Syphilis.
1880. III. Sekundäre Syphilis.
X. Partus praematurus — totfauler Foetus mens. VII.
1890. II. Partus II. — her.-syph. Kind, das am Leben bleibt.
1891. VIII. „ III. — her.-syph. Kind, das 7 Monate alt an Keuchhusten-Pneumonie stirbt.
1892. X. „ IV. — ges. Kind.
1893. XII. „ V. — ges. Kind.
1895. VI. „ VI. — Kind, das 8 Wochen alt an Lebensschwäche stirbt.

2. V. Prot. No. 26. 39. 112.

1886. V. Exanthema papulo-squamos. Hg-Kur.
VII. Gravida. mens. IV.
XII. Partus I. — rachitisches Kind, stirbt 1 Jahr alt.
1887. XI. Gravida.
XII. Typhus abdominalis.
1888. V. Partus II. — Kind stirbt 7 Monate alt an Brechdurchfall, litt viel an Furunkeln und Ekzem.
XI. Abortus mens. IV.
1889. III. Abortus mens. III.
1891. X. Papul. mucos. tons.
Impetiginöses Syphilid.
Hg-Kur.
1892. III. Partus III. Pap. muc.
Genitalium. Hg-Kur. ges. Kind, stirbt 2 Monate alt.
VI. Exanth. squamos. Hg-Kur.
1893. IV. Partus IV. — ges. Kind, vorzeitig (1/2 Jahr alt) entl.
VIII. Pap. muc. genital.

3. K. Prot. No. 10. 49. 80.

1871. Prostituiert.
1873. Plaques linguae. Hg-Kur.
1875. } Sekundäre Recidive. Hg-Kuren.
1876. }
1879. XII. Partus I. — ges. Kind, 5 Monate alt gestorben.
1881. X. „ II. — ges. Kind, 4 „ „ „
1883. III. „ III. — her.-syph. Kind, 3 Monate alt gestorben.
1884. VII. „ IV. — totfaule Frucht im 7. Schwangerschaftsmonat.
1885. VII. „ V. — ges. Kind, 7 Monate alt gestorben.
1886. XII. „ VI. — ges. Kind, 3 „ „ „
1887. X. „ VII. — Abortus mens. IV.
XI. Epilepsie u. s. w.

4. Fst. Prot. No. 81. 99.

1876. Prostituiert; bereits syphilitisch.
1878. Partus I. — totgeborenes Kind.

1884. IX. Partus II. nicht lebensf. Kind, das 5 Tage nach der Geburt stirbt.
1885. XII. Abortus.
1887. VII. Partus III. ges. Kind, stirbt 1½ Jahr alt.
1889. I. „ IV. totfaules, ausgetragenes Kind.
1891. III. „ V. her.-syph. Kind, 2 Monate alt gestorben.
V. Tubercula cutanea. Traitement mixte.
1892. IV. Partus VI. ges. Kind, das am Leben bleibt.

5. Jos. Prot. No. 86. 46. 17. 94.

1875. Prostituiert.
1878. Partus I. Kind stirbt 3 Wochen alt.
1879. Partus II. Kind stirbt 5 Monate alt.
1880. Syphilis II. Hg-Kur.
1884. VI. Tertiäres Tonsillenulcus.
Knotensyphilide. Traitement mixte.
1885. II. Gumma cut. meat. audit. extern.
Infiltratio gummosa parotidea.
Traitement mixte.
1887. V. Gravida mens. V.
IX. Partus III. ges. Kind, das am Leben bleibt (Rhachitis).
1888. VIII. Gravida mens. VII.
X. Partus IV. ges. Kind, das am Leben bleibt.
1889. VI. Partus V. Abortus mens. III.
1890. V. Gravida mens. V.
X. Partus VI. ges. Kind, das 11 Monate alt stirbt.
1891. X. Partus VII. ges. Kind, stirbt 3 Monate alt an Gastroenteritis acuta.
1893. I. Partus VIII. nicht lebensfähiges Kind, das gleich nach der Geburt stirbt.

Einen ähnlichen Fall beschreibt FERRAS.[25]

6. Tr. Prot. No. 24. 43. 91.

Seit 1872 in Hamburg prostituiert, hat bis dahin bereits 4 mal geboren. Die Kinder sind früh gestorben; mehrfach wegen Syphilis behandelt.

1879. Gravida mens. III.
1880. VI. Partus V. her.-syph. Kind, stirbt ½ Jahr alt.
1881. VI. „ VI.
1882. VI. „ VII. } gesunde, am Leben bleibende Kinder.
1883. VIII. „ VIII.
1885. IX. Gravida.

Die Puella ist dann auf ihren Wunsch aus dem Kontrollregister gestrichen, hat geheiratet und hat in der Ehe noch 4 weitere Schwangerschaften durchgemacht, die sämtlich mit der Geburt lebender Kinder, die frei von Syphilis waren, endeten. Die Kinder sind mit Ausnahme eines, das an der Cholera im Alter von 3 Jahren starb, absolut gesund und ohne Stigmata hereditaria.

Aus diesen mitgeteilten Beobachtungen ergiebt sich, dafs bei den Prostituierten mehrfach aufeinanderfolgende Schwangerschaften nur selten

[25] FERRAS, Observations d'évolution anormale de l'hérédité syphilitique. *Annales de Derm. et Syph.* 1891. No. 4.

das Gesetz der graduellen Abschwächung des Giftes erkennen lassen und daſs für diese Klasse von Weibern noch mehr als für andere Frauen der FOURNIERsche Satz gilt: „Ein gesundes Kind aus einer syphilitischen Ehe ist kein Freibrief für die Zukunft."

In den folgenden Zusammenstellungen soll nunmehr einerseits der Einfluſs des Alters der bei der Mutter vorhandenen Syphilis genauer untersucht werden, sowie andererseits soweit möglich der Einfluſs einer antisyphilitischen Behandlung, welcher die Mutter vor oder während der Schwangerschaft unterworfen wurde.

Im ganzen sollen 214 Schwangerschaften auf ihren Ausgang untersucht werden. Es sei bemerkt, daſs kein Grund vorlag, diejenigen Graviditäten aus der Untersuchungsreihe zu entfernen, die mit Abort oder Frühgeburt oder Geburt toter Kinder bei den Individuen, die früher oder später lebenden und lebensfähigen Kindern das Leben schenkten, endeten (dem Materiale der bisherigen Zusammenstellungen). Die Mehrzahl der Graviditäten erklärt demnach die gröſsere Zahl. Andererseits sind die Fälle, wie aus dem oben Gesagten bereits hervorgeht, weggeblieben, wo jede überhaupt beobachtete Gravidität nicht mit der Geburt lebensfähiger Kinder ihren Abschluſs fand.

Von 214 schwangeren Müttern waren 113 zur Zeit der Schwangerschaft frühsyphilitisch; bei 67 hatte die Sekundärperiode ihr Ende erreicht: d. h. im weiteren Verlaufe wurden keine sekundärsyphilitischen Recidive beobachtet; sie waren latent-syphilitisch (syphilisiert); 34 hatten vor Eintritt der Schwangerschaft bezw. während derselben Manifestationen von tertiärer Syphilis (Spätformen).

Für die Entscheidung der Frage, ob Früh- oder Spätsyphilis, war der Charakter der bei den Müttern beobachteten Krankheitserscheinungen maſsgebend.

A. Während der Schwangerschaft frühsyphilitisch 113.
   1. Infektion während der Schwangerschaft 6.
   2. Infektion und Konzeption annähend gleichzeitig 19.
   3. Sekundärerscheinungen vor und nach, sowie während der Schwangerschaft 75.

B. Während der Schwangerschaft latentsyphilitisch 67.

C. Während der Schwangerschaft tertiärsyphilitisch 34.

A. 1. Infektion während der Schwangerschaft wurde beobachtet bei 6; von diesen
   infizierten sich 4 in der ersten Hälfte der Schwangerschaft,
   infizierte sich 1 „ „ Mitte „ „
   „ sich 1 „ „ zweiten Hälfte „ „

Der Ausgang der Schwangerschaft gestaltete sich in den ersten vier Fällen so, daſs dreimal ein nicht völlig ausgetragenes Kind geboren wurde, das an hereditärer Syphilis mit typischen kutanen Erscheinungen

erkrankte und zu Grunde ging, während einmal ein gesundes Kind zur Welt kam, das lebensfähig, ausgetragen, von Syphilis frei blieb und gesund aus der Kontrolle entlassen wurde. Die in der Mitte der Gravidität infizierte Mutter gebar ein ausgetragenes Kind, das im dritten Monat an hereditärer Lues erkrankte und im vierten Monat starb. Das Kind der kurz vor dem Partus infizierten Prostituierten wurde ausgetragen, blieb frei von Syphilis, erreichte indes nur ein Alter von 5 Wochen.

So zeigt denn auch diese kleine Statistik, dafs, wenn die postkonzeptionelle Infektion der Mutter noch in den Beginn der Gravidität fällt, die Gefahr der intrauterinen Übertragung der Syphylis eine relativ grofse ist, während sie proportional dem Herausrücken des Infektionstermines abnimmt.

Mit diesen Resultaten befinden wir uns in vollständiger Übereinstimmung mit fast allen Autoren, die über dieses Thema gearbeitet haben. Fournier[26] erwähnt, dafs bei während der Schwangerschaft acquirierter Syphilis der Mutter das Maximum der Mortalität der Kinder, wenn keine Behandlung eingeleitet ist, auf die Fälle sich erstreckt, wo diese Acquisition in den drei ersten Monaten erfolgt: Der vierte oder fünfte Schwangerschaftsmonat liefert schon etwas günstigere Ergebnisse; findet die Infektion kurz vor der Entbindung statt, so ist eine kongenitale Infektion ebenso oft möglich, wie sie ausbleibt. Wird aber die Krankheit sofort behandelt, so sinkt die Sterblichkeit bei der Geburt auf 0. G. Etienne[27] erklärt sich in gleichem Sinne: Wird die im Laufe der Schwangerschaft Infizierte behandelt, so kann man in Bezug auf die Mortalität der Kinder, bei der Geburt wenigstens, auf günstige Verhältnisse rechnen. Ihm scheint die Frage, in welchem Schwangerschaftsabschnitte die Infektion stattfindet, deshalb belanglos oder wenigstens von geringerer Bedeutung, als seinen Erfahrungen nach gerade der fünfte bis siebente Monat des intrauterinen Lebens am verhängnisvollsten bezüglich der Infektion ist. Im Gegensatz hierzu betont Neumann[28], dafs die Gefahr für die Nachkommenschaft eine sehr erhebliche ist, wenn die Infektion der Mutter innerhalb der ersten Monate der Schwangerschaft erfolgt, eine sehr viel geringere, wenn sie innerhalb der letzten drei bis vier Monate der Schwangerschaft eintrat. Neumann[29] teilt Hutchinsons Ansicht, dafs eine längere Merkurialisierung der Mutter eine gewisse Prophylaxe für die Kinder in sich schliefst. Daher berechnet er auch die Mortalitäts-

---

[26] Fournier, Über hereditäre Syphilis. *Wiener med. Bl.* 1884. No. 30 ff.

[27] G. Etienne, Untersuchungen über den Einfluss der Behandlung syphilitischer Mütter auf die Gesundheit der Neugeborenen. *Annales de Gynécol.* 1892. IV. Ref. *Wiener med. Presse.* 1892. No. 24.

[28] Neumann, Eine Studie über hereditäre Syphilis. *Wien. med. Wochenschr.* 1889. No. 4 ff.

[29] Neumann, Syphilis und Vererbung. *Wiener med. Presse.* 1892. No. 4.

ziffer der postkonzeptionellen Syphilis auf etwas mehr als die Hälfte gegenüber den Fällen, in denen die Infektion der Mutter vor der Konzeption erfolgt. Nach GAMBERINI[30] kann der Foetus gesund bleiben oder infiziert werden, wenn die Mutter während der Schwangerschaft Syphilis acquiriert. Dafs eine postkonzeptionelle Infektion selbst am Ende der Schwangerschaft möglich ist, beweist der von WELANDER[31] jüngst publizierte Fall. Den entgegengesetzten Standpunkt vertritt u. a. DOHRN,[32] dessen Beobachtungen ihn zu dem Schlusse kommen lassen, dafs das syphilitische Gift die placentaren Scheidewände nicht überschreitet, weder in der Richtung vom Foetus zur Mutter, noch umgekehrt. Er sah in keinem Falle, in welchem die Infektion während der Schwangerschaft erfolgt war, ein syphilitisches Kind geboren werden. Er schliefst daraus, dafs die Syphilis der Frucht nur bei der Konzeption zugetragen wird, und Sperma wie Ovulum in dieser Hinsicht durchaus gleichwertig sind. Blieb das Ovulum bei der Konzeption gesund, so wird es auch durch eine während der Gravidität der Mutter erworbene Syphilis nicht infiziert. Ebensowenig infiziert eine syphilitische Frucht die Mutter während des intrauterinen Lebens. Nach meiner Ansicht besteht diese von DOHRN und vor ihm besonders von KASSOWITZ aufgestellte Behauptung nicht zu Recht. Für beide Modalitäten können wir eine Reihe von Beispielen bringen und damit die Zahl der von ZEISSL,[33] VAJDA,[34] BEHREND,[35] NEUMANN u. a. publizierten Beobachtungen vermehren. Für den ersteren Modus der postkonzeptionellen Infektion des Fötus sprechen zunächst die erwähnten vier Beobachtungen, dafs gravide Puellen sich im Verlaufe der Schwangerschaft infizieren (Beweis: Beobachtung des Primäraffektes, typischer frischer Drüsenschwellungen, nachfolgender Sekundärsymptome), dafs trotz Spitalspflege (Behandlung), Ruhe und Entfernung der Berufspflichten die Gravidität um einige Wochen zu früh beendet wird, dafs die lebend geborenen Kinder im ersten oder zweiten Monat an typischer hereditärer Lues erkranken (Ich bemerke, dafs es sich in den vorliegenden Fällen um trockene papulo-squamöse Exantheme handelte, dafs ferner bei der Sektion typische Osteochondritis in einem Falle gefunden wurde, um dem Einwurf zu begegnen, es handle sich vielleicht um acquirierte Syphilis

---

[30] GAMBERINI, Über die Schicksale der Kinder Syphilitischer, referiert von FINGER. *Wiener med. Wochenschr.* 1890. No. 41.

[31] *Nord. med. Ark.* 1896. No. 3. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXIII. S. 654. (1896.)

[32] DOHRN, Zur Frage der hereditär-syphilitischen Infektion. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 37.

[33] v. ZEISSL, Beiträge zur Lehre von der hereditären Syphilis. *Allg. Wiener med. Ztg.* 1879.

[34] v. VAJDA, Kann die während der Gravidität acquirierte Syphilis der Mutter auf das Kind übergehen? *Wiener med. Presse.* 1880.

[35] BEHREND, Zur Lehre von der Vererbung der Syphilis. *Berliner klin. Wochenschrift.* 1881.

[kondylomatöse Formen; NEUMANN s. o.]) und trotz Behandlung von Mutter und Kind zu Grunde gehen. Für die zweite Infektionsmöglichkeit sprechen mehrfache Beobachtungen. Es sei mir gestattet, aus diesen eine einzelne herauszugreifen, die ich selbst vor kurzem auf unserer Abteilung zu machen Gelegenheit hatte. Eine junge, seit drei Jahren unter unserer Beobachtung stehende Puelle (prostituiert seit einem halben Jahre) wird wegen Blennorhoea urethrae im Krankenhause aufgenommen. Keine syphilitischen Antecedentien. Es besteht Gravidität im vierten Monat. Nach einigen Wochen erfolgt im Krankenhause ein Abortus im Beginne des fünften Monats. Nach weiteren acht Wochen wird die Patientin wieder wegen Blennorhoea urethrae aufgenommen und einige Wochen behandelt. Während dieser Zeit konstatierten wir: frische, succulente Schwellung der Inguinal- und Cervikaldrüsen, starke nächtliche Kopfschmerzen, allgemeine Ernährungsstörung in der Form von Chlorose, Gewichtsabnahme, beginnendem Haarausfall; schliefslich entwickelte sich eine typische Roseola, spezifische Acne faciei, starke frühsyphilitische Alopecie. Weder war vom Primäraffekte trotz täglicher, wochenlang vorher vorgenommener Untersuchung etwas zu bemerken, noch von einem indolenten „anatomischen Bubo", der als „überlebender Zeuge" auf eine unbemerkt gebliebene „initiale Erosion" hingewiesen hätte. Nirgends befand sich eine Narbe, die mit der leisesten Wahrscheinlichkeit hierauf zurückzuführen war. Hiernach erscheint es mir ganz zweifellos, dafs die Infektion der Patientin von dem vom Vater her syphilitischen Fötus aus erfolgt ist, zumal da dieser unter dem Einfluſs der Syphilis in unreifem und faultoten Zustande ausgestofsen wurde. Dafs die Infektion dieses Individuums schon früher stattgefunden hat und nur unbemerkt geblieben ist, mufs, wie gesagt, bestimmt abgelehnt werden, da gerade in diesem Falle eine tägliche genaue Kontrolle stattfand und jede noch so geringe Läsion protokolliert wurde. Ich möchte daher nicht anstehen, diese Beobachtung als eine Bestätigung des RICORDschen Choc en retour zu betrachten.

2. In 19 Fällen wurde die Infektion als annähernd gleichzeitig mit der Konzeption festgestellt. Es ist selbstverständlich, dafs bei dem vorliegenden Materiale von einer absoluten, unanfechtbaren Sicherheit bezüglich dieses Punktes nicht die Rede sein kann, und dafs diese Fälle einer strengen Kritik kaum unterzogen werden können. Ganz etwas anderes ist es, wenn in der Ehe der syphilitische Mann seine Frau infiziert und diese mit dem infizierenden Coitus zugleich konzipiert. Hier liegen die Verhältnisse so, dafs eine Puelle, wenn sie konzipiert hat, entweder durch diese oder durch eine kurz vorhergehende oder durch eine bald darauf stattgehabte Kohabitation das luetische infektiöse Agens aufgenommen hat. Es handelt sich demnach in unseren Fällen nur um zeitliche Angaben, und es ist nicht berechtigt, irgend welche unanfechtbare

prognostische Schlüsse aus diesen Beobachtungen zu ziehen. Denn es leuchtet ein, dafs eine Frau, die von einem gesunden Manne geschwängert ist und dann einige Tage später infiziert wird, mit gröfserer Wahrscheinlichkeit ein gesundes Kind zur Welt bringen wird, als eine solche, die von einem syphilitischen Manne infiziert und gleichzeitig gravid geworden ist oder eine, die einige Tage, nachdem das luetische Virus in ihrem Körper Aufnahme gefunden hat, konzipiert hat. Bei der ersten Möglichkeit liegt demnach postkonzeptionelle Lues vor, bei der letzteren handelt es sich um eine Schwangerschaft bei einem ganz frischen frühsyphilitischen Individuum, und nur die dritte Kategorie könnte uns bezüglich der Prognose wirklich untrüglichen Aufschlufs geben. Ein derartiger Fall, in dem es sich mit grofser Wahrscheinlichkeit wirklich um eine konzeptionelle Syphilis handelt, ist z. B. folgender:

Sieben Monate vor der rechtzeitig erfolgten Entbindung wird eine Prostituierte mit einem Initialaffekt der Unterlippe und Roseola, Adenopathie, frühsyphilitischer Chlorose aufgenommen. Da eine Roseola bereits besteht, so liegt die Infektion sicher etwa acht Wochen zurück, wird also höchst wahrscheinlich, wenn auch nicht mit absoluter Präcision bestimmbar, zusammen mit der Konzeption erfolgt sein. Während der nächsten sechs Monate bleibt die Pat. eigentlich nie ohne Symptome von Frühsyphilis; kaum sind die papulösen Erscheinungen auf Haut und Schleimhaut durch Inunktionen geschwunden, so repullulieren sie wieder, so dafs im ganzen während dieser Zeit in vier von kurzen Pausen unterbrochenen Intervallen 80 Einreibungen von ung. cin. 6,0 gemacht wurden. Das Neugeborene erkrankt am Ende der zehnten Woche an hereditärer Hautsyphilis, wird mit Sublimatbädern geheilt; ein zwei Monate später beobachtetes Recidiv heilt durch Inunktionskur. Das Kind stirbt im Alter von 1¾ Jahren an einer Brechdurchfallattacke, an denen es nach Aussage der Pflegemutter nach der Entlassung aus der ärztlichen Kontrolle häufiger gelitten haben soll. Der Fall ist auch noch deshalb bemerkenswert, weil die Mutter in den ersten drei Jahren nach der Infektion (i. e. bis jetzt) nicht weniger als 15 frühsyphilitische Recidive durchgemacht und ca. 250 Patronen grauer Salbe eingerieben hat.

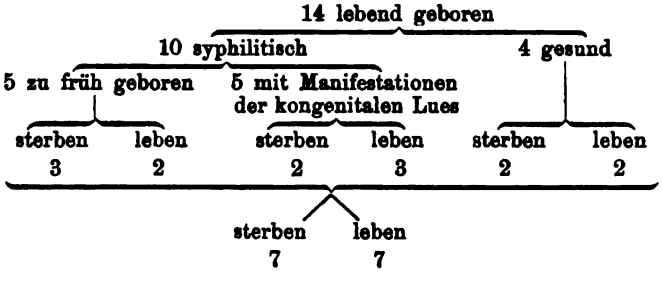
Für die vorliegenden 19 Beobachtungen ist, wie gesagt, eine derartige sichtende Betrachtung nicht möglich, und ich mufs mich demnach nur darauf beschränken, lediglich den zeitlichen Zusammenhang als unanfechtbar zu verwerten. Die 19 Schwangerschaften hatten folgendes Ende: 5 Aborte und totfaule Früchte, 5 Frühgeburten, 5 hereditär-syphilitische Kinder, 4 gesunde Kinder. Analysieren wir diese einzelnen Gruppen, so ergiebt sich:

1. 3 Aborte im 3. bis 5. Monat, 2 totfaule Früchte im 7. Monat; davon 2 behandelt, 3 unbehandelt.
2. 5 Frühgeburten, davon 4 behandelt, 1 unbehandelt; 2 Kinder sterben im 1., 1 Kind im 5. Monat, 2 bleiben am Leben und sind gesund.
3. 5 Kinder, die im Alter von 1, 2½, 3, 4 bezw. 5 Monaten an hereditärer Syphilis erkranken. Die Mutter wurde in jedem

Falle einer antiluetischen Behandlung während der Gravidität, einzelne sogar während des Puerperiums unterzogen. Von den Kindern sterben 3 im Alter von $3^1/_2$, 4 Monaten, bezw. $1^3/_4$ Jahren.

4. Endlich 4 gesunde Kinder, deren Mütter sämtlich behandelt waren; von ihnen starben 2 im Alter von $2^1/_2$ bezw. 7 Monaten, während 2 absolut gesund und am Leben bleiben.

14 Graviditäten enden demnach mit der Geburt lebender Kinder:



3. 75 Schwangerschaften frühsyphilitischer Mütter:
   a. 13 Aborte und Geburt toter Kinder,
   b. 62 Geburten lebender Kinder.

Bei diesen war es 43 mal möglich, den Zeitpunkt der Infektion der Mutter zu eruieren und demgemäfs über den bisherigen Verlauf der Syphilis, insonderheit über die Frage, ob an Syphilis behandelt oder nicht, genauen Aufschlufs zu erhalten. 6 mal ergaben die Protokolle keine Anhaltspunkte, die sich mit Sicherheit zur Beantwortung der Fragen nach der Dauer der Syphilis und ihrer Behandlung verwerten liefsen. 13 mal war es nur möglich, den Termin der letzten Behandlung zu bestimmen, während das Alter der Syphilis nicht berücksichtigt werden konnte.

Die 13 Aborte und Geburten totfauler Früchte wurden, wie oben auseinandergesetzt, bei mehrfach schwangeren Puellen beobachtet, die vorher oder nachher lebende Kinder gebaren. Auffallend ist, dafs die Schwangerschaft häufig mit Abort endete, wenn sich bei der Mutter während der Schwangerschaft oder kurz vorher ein frühsyphilitisches Recidiv etabliert hatte (8 mal), eine Beobachtung, die übrigens von anderer Seite (z. B. Ferras) mehrfach gemacht ist. Es mufs indes betont werden, dafs eine während der Gravidität einsetzende Attacke der Frühsyphilis keineswegs immer zu vorzeitigem Abschlufs der Geburt führen mufs, wie noch des weiteren auseinandergesetzt werden soll.

Von 6 sicher syphilitischen Müttern, bei denen die Notiz: wann infiziert und wann zuletzt behandelt? in den Protokollen fehlte, wurden 3 hereditär-syphilitische Kinder geboren, von denen 2 im dritten bezw. fünften Monate erkranken, aber am Leben bleiben, während eins nach vierwöchentlicher Krankheitsdauer, 4 Monate alt, zu Grunde geht. Zwei starben an

Brechdurchfall (2 Monate alt) und an Eklampsie (7 Monate alt). Das letzte endlich ist gesund und bleibt am Leben.

Bei 13 liefs sich nur bestimmen, wann zum letzten Male vor der Entbindung eine spezifische Behandlung stattgehabt hatte.

a) Davon sind 9 während der Schwangerschaft behandelt und zwar:

1. 5 her. syph. Kin	bis zum Partus	1	unmittelbar ante partum: 3.
	bis 1 Monat ante partum	1	
	„ 2 „ „ „	1	
2. 4 gesunde Kinder	„ 4 „ „ „	3	in der Mitte der Schwangerschaft: 4.
	„ 5 „ „ „	1	
	„ 6 „ „ „	1	am Beginne der Schwangerschaft: 2.
	„ 8 „ „ „	1	

Es scheint sich aus dieser kleinen Zusammenstellung ohne Schwierigkeit die Bestätigung auch anderweitig hervorgehobener Thatsachen zu ergeben, dafs eine möglichst frühzeitige Behandlung im Beginne der Gravidität von vorzüglichem Einflusse auf das Resultat derselben ist. Die Zahlen sind indes nicht grofs genug, um weitgehende Schlüsse zu erlauben.

1. 5 hereditär-syphilitische Kinder: die Symptome traten in 2 Fällen im ersten Monate, in 2 Fällen nach 3 Monaten, in 1 Falle nach 6 Monaten auf. Die Kinder starben

im Alter von 1 Monat an Syph. haemorrhagica congenita,
„ „ „ 3 Monaten an Brechdurchfall,
„ „ „ 10 „ „ Miliartuberkulose,
„ „ „ 11 „ „ hereditärer Syphilis,
„ „ „ 1 Jahr 10 Monaten an hered. Syphilis und Pädatrophie.

2. 4 gesunde Kinder: bei allen fällt die Behandlung in den Anfang der Gravidität; davon sterben im Alter von

2 Monaten . . . 1 an Pädatrophie,
5 „ . . . 1 an Cholera,
1 Jahr . . . . . 1 an Rhachitis,
13 Monaten . . . 1 an Brechdurchfall.

b) 4 Mütter sind 1—2 Jahre ante partum zuletzt behandelt.

Von den Kindern ist eines hereditär-syphilitisch, erkrankt im zweiten Monate, stirbt nach 3 Wochen, sind 3 gesund, sterben $2^1/_2$, 4 bezw. 5 Monate alt an Brechdurchfall.

Zusammengesetzt ergiebt sich folgende Übersicht:

13 Frühsyphilitische mit unbestimmbarem Beginne der Syphilis, aber bestimmbarer letzter Behandlung.

9 während der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt:

5 her.-syph. Kinder		4 gesunde Kinder	
sterben	leben*	sterben	leben
4	1	3	1

4 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt:

1 her.-syph. Kind		3 gesunde Kinder	
sterben	leben	sterben	leben
1	—	3	—

* Am Ende des ersten Jahres.

43 Kinder, bei deren Müttern sich der Beginn der Syphilis bestimmen liefs.

I. Vergleich der Dauer der mütterlichen Syphilis mit dem Leben der Kinder.

Es datiert die Syphilis		Von den Kindern werden	Von den Kindern
bei 5 Müttern	1 Jahr;	4 her.-syph.	sterben 4, leben 1
„ 9 „	1 —1½ „	6 „ „	„ 4, „ 5
„ 9 „	1½—2 „	5 „ „	„ 7, „ 2
„ 9 „	2 —3 „	5 „ „	„ 7, „ 2
„ 7 „	3 —4 „	4 „ „	„ 4, „ 3
„ 4 „	über 4 „	1 „ „	„ 3, „ 1
43		25 her.-syph.;	sterben 29, leben 14=32,7%

II. Einfluſs der Behandlung der mütterlichen Syphilis auf das Leben der Kinder.

1. 34 während der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt:

21 her.-syph. Kinder						13 gesunde Kinder	
zu früh geboren		mit Zeichen her. Syph. geboren		her.-syph. werdend			
3		3		15			
sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben
3	—	3	—	13	2	5	8

2. 9 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt:

4 her.-syph. Kinder				5 gesunde Kinder	
mit Zeichen her. Syph. geboren		her.-syph. werdend			
2		2			
sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben
2	—	2	—	1	4

III. Einfluſs der Zeit der Behandlung der mütterl. Syphilis auf das Leben der Kinder.

a) Während der Schwangerschaft behandelt . . . . . 34; davon sterben 24, leben 10.

1. bis zum Partus behandelt	4;	davon	sterben	4,	leben	—.
2. im letzten Drittel der Schwangerschaft behandelt	13;	„	„	11,	„	2.
3. „ mittleren „ „ „ „	11;	„	„	5,	„	6.
4. „ ersten „ „ „ „	6;	„	„	4,	„	2.

b) Vor der Schwangerschaft behandelt	9;	davon sterben	5,	leben	4.
1. Kurz vor der Konzeption behandelt	2;	„ „	1,	„	1.
2. ca. 1/4—1/2 Jahr vor der Konzeption behandelt.	5;	„ „	3,	„	2.
3. über 1—1 1/2 „ „ „ „ „	2;	„ „	1,	„	1.

Schliefslich beobachteten wir unter den Sekundärsyphilitischen noch 13 Schwangerschaften, die sich bei Individuen abspielten, die ich als am Ende der Sekundärperiode befindlich bezeichnen möchte, deshalb, weil kurz nach der Entbindung zum ersten Male tertiäre Symptome beobachtet wurden, während bis dahin nur sekundäre Formen bei den verschieden häufigen Recidiven gesehen waren. Aufserdem rechne ich zu dieser Kategorie jene Mütter, bei denen sich während der Gravidität Übergangsformen zwischen sekundärer und tertiärer Syphilis zeigten, z. B.: Papulöses Exanthem und grofse ulceröse Syphilide des Orificium urethrae, oder Papul. mucos. genital. und ulceröse Syphilide der Tonsillen, oder Psoriasis plantaris et palmaris specifica zugleich mit Knotensyphiliden und ähnlichem.

Von diesen 13 Individuen abortierten 2 (mens. VI.), deren Syphilis ca. 4 Jahre alt war und 3 Jahre vorher zuletzt behandelt war. Die übrigen 11 brachten lebende Kinder zur Welt und zwar 4 hereditärsyphilitische, von denen nur eins am Leben bleibt, und 7 gesunde Kinder, von denen 4 sterben.

Während der Schwangerschaft wurden behandelt 6

zuletzt	1 1/2	Mt.	ante	partum	1
„	2	„	„	„	3
„	3	„	„	„	1
„	5	„	„	„	1

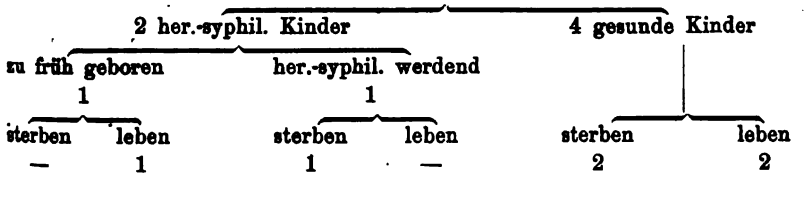
Vor der Schwangerschaft wurden behandelt 4

zuletzt	1	J.	2	Mt.	ante partum	1
„	1	„	6	„	„ „	2
„	2	„			„ „	1

Wann zuletzt behandelt, nicht zu eruieren 1

11

6 während der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt



4 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter
bringen zur Welt

her. syphil. Kinder		gesunde Kinder	
1		3	
sterben	leben	sterben	leben
1	—	2	1

Vergleich der Dauer der mütterlichen Syphilis mit dem Leben der Kinder.

Es datiert die Syphilis	Von den Kindern werden	Von den Kindern sterben
bei 3 Müttern unbestimmbar	2 her.-syph.	3
„ 3 „ 1—2 Jahre	1 „ „	1
„ 3 „ 3—4 „	1 „ „	2
„ 2 „ über 5 Jahre	— „ „	1
11	4	7

B) Während der Schwangerschaft sind latent syphilitisch: 67.

	Dauer der Syphilis:	Seit wann unbehandelt:
Aborte: 5, mens III ... 1	2½ Jahre	2 Jahre
IV ... 1	14 „	11 „
V ... 1	10½ „	7½ „
VII ... 1	über 4 „	? „
? ... 1	4½ „	? „

Bei den übrigen 62 datiert die Syphilis:

bei 5	über 2 Jahre;	von den Kindern werden 2 her. syph.;	von den Kindern sterben 3
„ 3	„ 3 „	„ „ „ „ 1 „ „	„ „ „ „ 1
„ 9	„ 4 „	„ „ „ „ 2 „ „	„ „ „ „ 6
„ 10	„ 5 „	„ „ „ „ 2 „ „	„ „ „ „ 1
„ 7	„ 6 „	„ „ „ „ 2 „ „	„ „ „ „ 4
„ 7	„ 7 „	„ „ „ „ — „ „	„ „ „ „ 3
„ 5	„ 8 „	„ „ „ „ 2 „ „	„ „ „ „ 2
„ 3	„ 9 „	„ „ „ „ 3 „ „	„ „ „ „ 2
„ 2	„ 10 „	„ „ „ „ 1 „ „	„ „ „ „ —
„ 3	„ 11 „	„ „ „ „ 1 „ „	„ „ „ „ 1
„ 3	„ 12 „	„ „ „ „ 1 „ „	„ „ „ „ 1
„ 3	„ 13 „	„ „ „ „ 1 „ „	„ „ „ „ 1
„ 1	„ 14 „	„ „ „ „ — „ „	„ „ „ „ 1
„ 1	„ 15 „	„ „ „ „ — „ „	„ „ „ „ 1

Bei 62 latent Syphilitischen werden 18 Kinder her.-syph.; sterben: 27 Kinder.

Mütter.		Kinder	
Während der Schwangerschaft behandelt	4	her.-syph.	sterben
2 Monate ante partum	1	—	—
4 „ „ „	1	—	—
5 „ „ „	2	—	1
Vor der Schwangerschaft behandelt	58	her.-syph.	sterben
1 Jahr ante partum	1	—	—
1 „ 4 Mt. „ „	2	1	2
1½ „ „ „	1	—	1
1¾ „ „ „	2	1	1
über 2 „ „ „	5	2	2
„ 3 „ „ „	4	—	2
„ 4 „ „ „	10	2	4
„ 5 „ „ „	6	3	2
„ 6 „ „ „	8	3	5
„ 7 „ „ „	3	—	1
„ 8 „ „ „	4	3	2
„ 9 „ „ „	2	1	—
„ 10 „ „ „	10	2	4
		18	27

4 während der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt

her.-syph. Kinder — | gesunde Kinder 4 → sterben 1, leben 3

58 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt

her.-syphlit. Kinder 18 | gesunde Kinder 40

zu früh geboren 1 → sterben 1, leben —

her. syphil. werdend 17 → sterben 8, leben 9

gesunde: sterben 18, leben 22

Bemerkenswert ist, dafs die Morbidität der Kinder bei latent-syphilitischen Müttern gerade halb so grofs ist, wie die der von in der Frühperiode stehenden Puellen geborenen. Bei der Gruppe: Frühsyphilis erkranken unter 93 lebend geborenen Kindern 52, bei latenter Syphilis unter 62 nur 18 (ca. 56 % : ca. 30 %). Ebenso überragt die Mortalität in der ersten Gruppe die in der zweiten um ein beträchtliches: 66,6 % : 44 %.

Wie die Tabellen zeigen, scheint auch hier wieder der günstige Einfluſs einer Merkurialisierung der Mutter während der Gravidität vorhanden zu sein. Die Zahlen sind zwar klein und können gewifs auf Zufälligkeiten beruhen; da das Resultat indes a priori als mit bisherigen

Beobachtungen übereinstimmend auffällt, so liegt kein Grund vor, an dem Erfolge zu zweifeln. Morbidität und Mortalität der von latent syphilitischen Individuen geborenen Kinder nimmt entschieden ab. Erstere beträgt nur 29%, letztere nur 44%, im Verhältnisse zu den Gesamtresultaten immerhin beachtenswert günstige Zahlen, wenn man auch bedenken muſs, daſs es sich um Mütter handelt, die insgesamt intensiv während der frühsyphilitischen Periode behandelt sind. Wenn also konstitutionell syphilitische Mütter schon 8—13 Jahre das syphilitische Virus in sich tragen, wenn sie durch intensive, frühzeitige Behandlung, vielleicht auch durch leichte Formen der Krankheit mehr als ein halbes Dutzend Jahre gänzlich symptomenfrei geblieben sind, wenn diese doch noch Kindern das Leben geben, die später an zweifellos kongenitaler Lues erkranken, so spricht das doch für die eminent lange Vererbungsfähigkeit der Syphilis. Diese Individuen besitzen also im eigenen Körper Immunität oder Widerstandsfähigkeit genug, um einem Ausbruch der Krankheit zu entgehen; für den in ihnen neu sich entwickelnden Organismus reicht aber dieses Maſs von Schutzkörpern nicht aus. Freilich besteht hier immer der oben bereits erwähnte Einwand, daſs das Neugeborene in solchen Fällen möglicherweise die Erbschaft einem frühsyphilitischen männlichen Erzeuger verdankt.

Die Beobachtungen, daſs sich Übertragbarkeit der Syphilis der Mutter lange Jahre nach deren Infektion beim Kinde dokumentieren kann, sind nicht vereinzelt. Campbell sah nach 17, Weil und Henoch noch nach 29 Jahren post infectionem den deletären Einfluſs auf die Descendenz. Fournier[36] giebt in der citierten Studie über hereditäre Syphilis folgende kurze Zusammenstellung, die mir bemerkenswert erscheint:

Zeitraum nach der Infektion	Syph. Infektion des Kindes	Abort	Tod durch parasyphilitische Affektionen	Summa
6 Jahre	8	12	4	24
7 Jahre	3	7	9	19
8 Jahre	1	7	2	10
9—20 Jahre				9*

Ob es sich in diesen Fällen um mehr oder minder behandelte Fälle handelt oder nicht, ist allerdings nicht zu ersehen; später erwähnt Fournier indes, daſs die doppelte Reinigung der mütterlichen Lues durch Zeit und antiluetische Kur auch nicht in allen Fällen zuträfe und Ausnahmen von diesem Gesetze zweifellos vorkämen. Daſs diese Ausnahmen keines-

[36] Fournier, *Wien. med. Bl.* 1889 und *L'hérédité syphilitique.* 1891. S. 104.

wegs so selten sind, zeigen diese und die in den folgenden Tabellen niedergelegten Zahlen.

Der soeben besprochenen Kategorie von Fällen möchte ich einen Fall von Syphilis maligna anschließen, in welchem die betreffende Mutter ca. ein halbes Jahr vor der Konzeption infiziert, im fünften Monate der Schwangerschaft an sekundärer Syphilis erkrankt und behandelt ist, kurz vor der Niederkunft aber von typischen tertiären Erkrankungsformen befallen wurde. Im fünften Monate der Gravidität notierten wir Papulae mucos. tonsill. und Lichen syphiliticus. Kurz vor der Niederkunft entwickelte sich ein Gumma tibiae, an dem die Patientin auch noch während des Puerperiums behandelt werden mußte, zumal da der gummöse Prozeß sich auch noch auf dem Vorderarm etablierte. Das rechtzeitig geborene, ausgetragene Kind erkrankte im Alter von 2 Monaten an Brechdurchfall, genas und blieb bis zum Alter von $^3/_4$ Jahren völlig gesund, wurde dann der weiteren Beobachtung entzogen. (R. B. Prot. No. 104.)

C) Bei 33 Müttern bestanden während oder vor der Schwangerschaft tertiäre Erkrankungsformen. Die Nachkommenschaftsverhältnisse sind folgende: 2 Aborte bei über acht Jahre lang syphilitischen, $2^1/_4$ bezw. $4^1/_4$ Jahre unbehandelten Individuen; ferner 3 totgeborene, ausgetragene Kinder: Dauer der Syphilis $4^1/_2$ bezw. 7 bezw. über 13 Jahre, unbehandelt seit $1^1/_2$ bezw. 8 Jahren bezw. während der Gravidät behandelt.

Diese letzten drei ausgetragenen Kinder mitgerechnet, ihren Tod auf Kosten der Syphilis gesetzt, ergiebt sich bei 31 tertiär syphilitischen Müttern die Dauer der Syphilis

bei	1	über	$1^1/_2$	Jahre;	von	d.	Kindern	werden	her.-syph.	1;	von	d.	Kindern	sterben	1
„	3	„	3	„	„	„	„	„	„	2;	„	„	„	„	2
„	3	„	4	„	„	„	„	„	„	3;	„	„	„	„	3
„	5	„	5	„	„	„	„	„	„	—;	„	„	„	„	3
„	3	„	6	„	„	„	„	„	„	2;	„	„	„	„	2
„	5	„	7	„	„	„	„	„	„	3;	„	„	„	„	2
„	3	„	8	„	„	„	„	„	„	1;	„	„	„	„	—
„	1	„	9	„	„	„	„	„	„	—;	„	„	„	„	1
„	2	„	10	„	„	„	„	„	„	—;	„	„	„	„	—
„	5	„	11—14	„	„	„	„	„	„	2;	„	„	„	„	3
31 tertiäre Mütter								her.-syph. Kinder		14				es sterben	17

Einfluß der Behandlung der mütterlichen Syphilis auf Syphilis und Leben der Kinder:

		her. Syph.	sterben
1. Wann zuletzt und ob behandelt, fraglich:	1	1	1
2. Während der Schwangerschaft behandelt:	10	6	7
bis kurz ante partum	2	1	2
„ 2 Mt. „ „	5	3	4
„ 3 „ „ „	1	—	—

bis 4 Mt. ante partum	1	1	—
„ 5 „ „ „	1	1	1
3. Vor der Schwangerschaft behandelt:	20	7	9
kurz vor der Konzeption	3	—	1
bis 1 Jahr ante partum	1	—	—
„ 1¼ „ „ „	3	3	2
„ 1½ „ „ „	2	2	1
„ 1¾ „ „ „	1	1	1
„ 2—2½ „ „ „	4	—	—
„ 3—4 „ „ „	2	—	1
„ 6—8 „ „ „	4	1	3
	31	14	17

10 während der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt:

6 her.-syph. Kinder				4 gesunde Kinder	
tot geboren	zu früh geboren		her.-syph. werdend		
1	sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben
	—	—	4	1	2	2

20 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt:

7 her.-syph. Kinder				13 gesunde Kinder	
tot geboren	zu früh geboren		her.-syph. werdend		
1	sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben
	1	—	2	2	4	9

Ein Blick auf die Zusammenstellungen zeigt, dafs es gar nichts Seltenes, Irreguläres ist, wenn noch während der Tertiärperiode eine hereditäre Übertragung vorkommt. Wenn von 28 von tertiär-syphilitischer Mutter geborenen lebensfähigen Kindern 11 erkrankten, so entspricht das einer Morbidität von ca. 40%. Eine Abnahme gegenüber der Frühsyphilisübertragbarkeit ist also gleichfalls zu konstatieren. Das Factum ist nichts neues und unbekanntes; es verdient indes Beachtung mit Rücksicht auf die gelegentlich der Verhandlungen über die Dauer der Ansteckungsperiode der Syphilis auf dem letzten internationalen dermatologischen Kongresse[37] in London besonders von Campana geäufserten Zweifel. Es bestätigt die bereits von Hutchinson,[38] Fournier, Lassar, Foulard, Lesser[39] u. a. betonte lange Übertragbarkeitsdauer von seiten der Frau. „Beim Weibe überdauert zweifellos," wie Lesser schreibt, „die Vererbungsfähigkeit die Ansteckungsfähigkeit um lange Zeit, ja für eine syphilitische Frau besteht diese Möglichkeit der Vererbung eigentlich während der ganzen Zeit der Konzeptionsfähigkeit." Erklärt wird diese

[37] Referat in der *Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 25.
[38] Hutchinson, *Syphilis.* London 1887.
[39] Lesser, Dürfen Syphilitische heiraten. *Therap. Monatsh.* August 1896.

Thatsache einerseits durch das verschiedene Verhalten der Keimzellen bei beiden Geschlechtern, andererseits dadurch, dafs ein Übergang von konstitutionellen pathologischen Stoffwechselprodukten im Mutterleibe jederzeit denkbar ist. „Die Vererbungsfähigkeit," schreibt KASSOWITZ, „ist also ganz und gar unabhängig von dem Bestande tertiärsyphilitischer Affektionen bei dem vererbenden Individuum."

So wichtig diese Thatsache auch ist, so ist sie auch fast allgemein anerkannt, so dafs ich nicht länger bei dieser Auseinandersetzung zu verweilen brauche, sondern nur betonen will, dafs nach unseren Beobachtungen von einem seltenen Vorkommnis nicht gesprochen werden darf. Auf die Frage, in welcher Form äufsert sich die ererbte Krankheit beim Kinde einer tertiär-luetisch affizierten Mutter, einzugehen, würde unnötig sein, wenn nicht seltsamerweise GAMBERINI den Satz aufgestellt hätte: Die tertiäre Syphilis ist nicht virulent, doch kann sie auf die Kinder als latente oder als tertiäre, nie aber als sekundäre übergehen.

Dieser Satz, von seiten eines erfahrenen Syphilidologen ist um so befremdlicher, als ja allgemein bekannt ist, dafs bei der hereditären Syphilis das zeitliche Zusammentreffen von Krankheitserscheinungen, welche bei der acquirierten Lues als sekundäre und tertiäre unterschieden werden, geradezu die Regel bildet, und dafs weiter schwere viscerale Formen neben papulösen Hautsyphiliden um so häufiger gefunden werden, je recenter das mütterliche Leiden ist. Demgemäfs finden sich bei alter, in tertiären Krankheitserscheinungen sich äufsernder Syphilis der Mutter am häufigsten abgeschwächte Formen bei dem Kinde, die sich in benignen, cutanen Exanthemen manifestieren, oder aber es verläuft (in selteneren Fällen) die Syphilis des Kindes bei der tertiären Mutter genau in derselben Weise, wie sie sich bei früher geborenen Kindern äufserte, zu der Zeit, als diese Mutter sich noch in der Sekundärperiode befand.

Ein Beispiel für viele: Wir beobachteten bei einer Prostituierten während der Sekundärperiode Schwangerschaft und Entbindung: das ausgetragene Kind wird im Alter von 7 Wochen mit Coryza, papulo-squamösem Exanthem (wunderschöne Psoriasis palmaris et plantaris duplex) aufgenommen und mit Sublimatbädern behandelt und geheilt. Exitus an Brechdurchfall im Alter von einem halben Jahre. Drei Jahre später wird die Mutter wegen grofser Knotensyphilide über der Schulter und in der Taille und wegen eines typischen tertiären Gaumenulcus einem Traitement mixte unterzogen. Ein Jahr hierauf abermals Geburt eines lebenden, ausgetragenen Kindes. Dasselbe erkrankt, 2 Monate alt, in genau derselben Weise wie sein erstgeborenes Geschwister. Krankengeschichte fast wörtlich übereinstimmend. Exitus im Alter von 7 Monaten, nachdem im vierten Monate ein Recidiv des Exanthems durch spezifische Therapie beseitigt war.

Die beiden folgenden Tabellen veranschaulichen das Gesamtresultat, das wir bei unseren Fällen bezüglich Dauer der Syphilis und Zeit der Behandlung erhielten. Ein genaueres Eingehen auf die Zahlenverhältnisse erscheint nach den speziellen Erörterungen im vorstehenden überflüssig.

Gesamtübersicht über das Verhältnis zwischen Dauer der Syphilis der Mütter, kindlicher Syphilis und Leben.

Dauer der Syphilis ante partum	Zahl der Fälle	Hereditäre Syphilis	Sterben
3—6 Monate	3	2	3
7—9 „	3	2	2
9 „	14	10	7
1 Jahr.....	5	4	4
1—1½ Jahre.....	10	6	4
1½—2 „	11	7	9
2—3 „	15	7	10
3—4 „	14	8	9
4—5 „	18	6	12
5—6 „	17	2	5
6—7 „	10	4	6
7—8 „	12	3	5
8—9 „	8	3	2
9—10 „	4	3	3
10—11 „	4	1	—
11—16 „	16	5	8
Summa	164	73	99

Gesamtübersicht über den Einfluss der Behandlung der mütterlichen Syphilis auf die Syphilis und das Leben der Kinder.

83 während der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt

48 her.-syph. Kinder							35 gesunde Kinder	
ausgetragen totgeboren	zu früh geboren		mit Zeichen her. Syph. bei der Geburt versehen		her.-syph. werdend			
	10		3		34			
	sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben
1	7	3	3	—	27	7	16	19

95 vor der Schwangerschaft behandelte Mütter bringen zur Welt

31 her.-syph. Kinder							64 gesunde Kinder	
ausgetragen totgeboren	zu früh geboren		mit Zeichen her. Syph. bei der Geburt versehen		her.-syph. werdend			
	2		2		27			
	sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben	sterben	leben
2	2	—	2	—	16	11	28	36

Es erübrigt schliefslich noch, eine Frage kurz zu streifen, die zweifellos von Interesse ist. Es handelt sich darum, ob die Schwere der Syphilis, der Charakter der Krankheit von konstatierbarem Einflusse auf die Vererbung ist, ob eine bestimmte Beziehung zwischen der Heftigkeit der syphilitischen Infektion der Mutter und dem Ausgange der Schwangerschaft besteht. Zu diesem Zwecke lassen sich die Descendenzverhältnisse syphilitischer Mütter unter dem Gesichtspunkte betrachten, dafs man die Zahl der vor und während der Schwangerschaft beobachteten Manifestationen mit den Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnissen der Kinder vergleicht. Ich füge zu diesem Zwecke die folgende Tabelle bei, deren

Erkrankt und behandelt	I. Heredit.-syphil. Kinder:			II. Syphilisfreie Kinder:			
	Im ersten Halbjahre verstorben oder der Beobachtung entzog.	Im zweit. Halbjahre verstorben oder der Beobachtung entzog.	Lebend, aus der Kontrolle entlassen	Im ersten Halbjahre verstorben oder der Beobachtung entzog.	Im zweit. Halbjahre verstorben oder der Beobachtung entzog.	Lebend, aus der Kontrolle entlassen	
a) ante graviditatem 1 mal	2	1	3	6	4	6	22
2 mal	1	1	1	6	6	6	21
3 mal	2	3	2	4	1	5	17
4 mal	2	—	1	3	—	4	10
5 mal	1	2	1	3	—	2	9
6 mal	—	—	—	1	—	—	1
7 mal	—	—	1	1	—	2	4 = 84
b) intra graviditatem 1 mal	27	6	4	14	5	16	72
2 mal	6	1	1	4	—	—	12
3 mal	—	—	—	1	—	—	1
5 mal	—	—	1	—	—	1	2
Summa:	33	7	6	19	5	17	87
davon ante graviditam							
1 mal	9	1	1	3	2	7	23
2 mal	4	—	2	3	1	3	13
3 mal	4	1	—	3	—	1	9
4 mal	4	1	—	1	—	3	9
5 mal	1	1	—	1	—	—	3
6 mal	1	1	—	2	—	1	5
7 mal	2	—	—	—	—	1 (9mal)	3
(während der Entbindung Symptome	3	2	—	4	—	1	10)
c) fraglich, wie oft behandelt und erkrankt	5	3	3	2	2	5	20

linke Hälfte die Beobachtungen bei zu früh geborenen und hereditärsyphilitischen Neugeborenen illustriert, während die rechte die gleichen Punkte bei den Kindern syphilitischer Mütter bringt, die ausgetragen,

lebensfähig und gesund zur Welt kommen und während des Lebens keine Zeichen einer kongenitalen Erkrankung bieten. Ich habe das Material in zwei Kategorien geteilt: solche, bei denen die luetischen Manifestationen vor die Graviditat fallen, und solche, die innerhalb der Schwangerschaft an manifester Syphilis behandelt wurden.

Bei den letzteren ist ferner noch angegeben, wieviel Recidive vor der Konzeption aufgetreten und behandelt sind.

Die Tabellen lassen erkennen, dafs betreffs der Prognose quoad Leben und Erkrankung der Kinder keine wesentlichen Unterschiede bestehen zwischen den Müttern, die häufig Recidive zu überstehen hatten und denen, die nur 2—3 mal Attacken durchzumachen hatten. Es bestätigen demgemäfs unsere Fälle FOURNIERS Behauptungen, dafs der Einfluſs einer schweren Syphilis auf die Nachkommenschaft sich zuweilen geltend machen kann, dafs dies aber nicht die Regel ist.

Ich habe, wie bereits erwähnt, es nicht unterlassen, die von syphilitischen Puellen geborenen Kinder auch noch nach der Beendigung des ersten Lebensjahres zu kontrollieren. Es war mir mit Hülfe des Einwohnermeldebureaus, der Sittenpolizei, des Kostkinderinstituts u. s. w. in einer gröfseren Anzahl von Fällen möglich, den jetzigen Status aufzunehmen. In welchem Alter die betreffenden Kinder standen, zeigt die Tabelle II (s. vorn). Es war selbstverständlich, dafs hier auf alle jene Zeichen ganz besonders geachtet wurde, die in irgend einer Weise als pathognomonisch gelten könnten. Indes waren die Nachforschungen in dieser Hinsicht nicht besonders ergebnisreich. Dreimal fand ich bei $8^1/_2$, $9^1/_2$ bezw. $15^1/_2$ Jahre alten Mädchen Zähne, die ich für typische HUTCHINSONsche halten möchte. Einmal konstatierte ich bei einem 8jährigen Mädchen neben einer schiefen Kopfform — das rechte Auge steht tiefer als das linke — eine Randkeratitis; bei einem $4^1/_2$ Jahre alten Knaben fand sich die als „front bombé“ bezeichnete Kopfbildung; sämtliche Kinder hatten während der Kontrollzeit keine manifesten Symptome der hereditären Syphilis dargeboten. Bei einem 6jährigen Mädchen, das im ersten Lebensjahre an Osteochondritis specifica behandelt war, fand sich eine linksseitige Armlähmung.

In den übrigen Fällen ergaben sich aufser für Rhachitis charakteristischen Befunden keine pathognomonischen Stigmata, insonderheit keine Narben am Mundwinkel und am Naseneingang, keine derben, spröden Fingernägel, keine unregelmäfsigen, abnorm langen Cilien u. s. w., wie sie besonders HOCHSINGER[41] beobachtet hat, der sich wohl mit dieser Frage am eingehendsten, jedenfalls auf das gröfste Material fufsend, befafst hat. In

[41] Vortrag in der pädiatrischen Sektion der 62. Vers. d. Naturf. u. Ärzte zu Heidelberg.

keinem meiner Fälle war irgend eine Anomalie in der geistigen Entwickelung zu konstatieren, die cerebralen Funktionen erschienen stets normal (kein Zurückbleiben in der Schule, Enuresis nocturna, Pavor nocturnus, Epilepsie), Mifs- oder Hemmungsbildungen wurden nicht festgestellt, Zahnwechsel, erste Geh- und Sprechversuche hatten zu normaler Zeit stattgefunden. Ich verhehle mir nicht, dafs das erreichbare Material nicht grofs genug war, um einen Beitrag auch zu diesen Fragen zu ermöglichen.

Schliefslich verfehle ich nicht, meinem hochverehrten Chef Herrn Oberarzt Dr. Engel-Reimers meinen wärmsten Dank für die gütige Überlassung des Materials, die Anregung zu dieser Arbeit und die im reichsten Mafse bei der Abfassung derselben gewährte Unterstützung auszusprechen.

Hamburg, Dezember 1896.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft von Grossbritannien und Irland.

Sitzung vom 20. Mai 1896.

(*The Brit. Journ. of Derm.* Juli 1896.)

Der Vorsitzende Dr. J. F. Payne hält einen Vortrag über **die Ätiologie der Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Rolle, welche die Mikroorganismen hierbei spielen.** (S. das Referat Bd. XXIII, pag. 634.)

Dr. W. G. Smith teilt seine Erfahrungen über **Chrysarobin und Chrysophansäure** mit. Der Vortragende beschäftigt sich zunächst mit der chemischen Zusammensetzung und den Eigenschaften beider Präparate. Die Versuche, die er mit einer Chrysarobinsalbe und einer Chrysophansäuresalbe an Psoriasispatienten angestellt, hätten das Resultat ergeben, dafs die letztere auch nicht im entferntesten an Wirksamkeit der ersteren gleichkäme und deshalb auch nicht im stande sei, die Chrysarobinsalbe zu ersetzen, wenngleich es feststehe, dafs die Chrysophansäuresalbe die Haut viel weniger irritiere als die Chrysarobinsalbe.

Dr. Stopford Taylor: Drei Faktoren beeinflussen die Wirksamkeit des Chrysarobins: 1. die Sensibilität der Haut; 2. die Konzentration des Medikamentes; 3. die Methode der Applikation. Chrysarobin, bei parasitären Hautaffektionen appliciert, rufe an erster Stelle eine rapide Desquamation hervor, durch welche die Haut mechanisch von den Pilzkeimen befreit werde. Es sei zweifelhaft, ob Chrysarobin ein wahres parasitizides Mittel sei. Bei Tinea tonsurans habe dasselbe keine genügend durchdringende Kraft, um den Pilz in den tieferen Teilen der Haarfollikel anzugreifen.

Dr. Wälsh demonstriert einen Fall von Ekzem an drei Fingern der rechten Hand, das er der Bequemlichkeit wegen **Fingerhutekzem** bezeichnen möchte. Es begann vor drei Jahren, nachdem die Patientin einen alten, messingenen Fingerhut

getragen hatte. Von dem einen Finger pflanzte es sich auf die beiden nächsten fort. Jüngst hatte die Patientin ein akutes Ekzem am rechten Ohr.

Dr. Eddowes zeigt eine Abbildung eines ähnlichen Falles, den er vor einiger Zeit in der Gesellschaft vorgestellt hatte.

Sitzung vom 1. Juli 1896.

(*The Brit. Journ. of Derm.* August 1896.)

Dr. Ph. Abraham stellt 1. eine Frau vor mit **Xerodermia pigmentosa.** Die Haut am ganzen Körper, besonders an den Beinen und Armen, zeigt einen rauhen, schuppigen Zustand. Zahlreiche atrophische Flecken sieht man besonders an Unter- und Oberschenkeln, und grofse und kleine gelblichbraune Stellen am Hals, an den Schultern, am oberen Teile der Brust und der Arme. Der Zustand besteht seit der Kindheit und hat sich im Laufe der Jahre fast gar nicht verändert. In der letzten Zeit hat die Patientin viel von varikösen Venen und Geschwüren an den Unterschenkeln zu leiden gehabt. Auch sonst war ihr Allgemeinbefinden nicht das beste. Die Behandlung mit Thyreoidextrakt innerlich und Kreolinbädern hat während der letzten drei Wochen eine Besserung des Hautleidens herbeigeführt. — 2. Ein **Kind mit generalisierter Vaccinia.** Etwa vier Wochen nach der Vaccination sind an den Armen, am Thorax, im Gesicht zahlreiche Pusteln aufgetreten, die einen ähnlichen Entwickelungsprozefs durchmachen, wie die Vaccinepusteln. 3. Ein einjähriges Kind mit einem Ausschlage, der aus roten, durchscheinenden, flachen Papeln an den unteren Partien des Rückens und am Gesäfs bestand und heftiges Jucken verursachte. Der Ausschlag erinnert lebhaft an **Lichen planus.** Einige ähnliche Papeln befinden sich an den Wangen und an den Seiten der Nase. Der Ausschlag begann, als das Kind vier Monate alt war. Das Kind hat auch „Schnupfen" gehabt. Die Mutter leidet an Syphilis. Hydrargyrum cum Crêta hat rapide Besserung herbeigeführt. (Der Fall dürfte doch wohl besser als Syphilis anzusehen sein. D. Ref.)

Dr. Payne stellt ein siebenjähriges Mädchen mit einem roten papulösen und schuppenden Ausschlage vor, der entweder als **Lichen ruber** oder **Pityriasis rubra pilaris** angesehen werden kann. Die Krankheit begann vor drei Jahren im Anschlufs an einen Anfall von Schafpocken mit roten Papeln, die mit dünnen Schuppen bedeckt waren und teilweise konfluierten. Die Papeln hatten nicht das glatte, durchscheinende Aussehen von Lichen planus. Befallen waren die Arme, Hände, besonders die Streckseiten, ferner das Gesäfs, die hintere Fläche der Oberschenkel, die vordere Fläche der Unterschenkel. Im Gesichte war diffuse Hyperämie mit Schuppung. Auf der Kopfhaut waren einige schuppige Stellen. Nirgends zeigte sich Nässen der Haut; das Jucken war gering. Unter Arsenik innerlich, Zinkkarbolsalbe und Teerpräparaten äufserlich besserte sich der Zustand bedeutend und war im August 1895 fast vollständig verschwunden. Im April 1896 brach ein Recidiv aus, das sich auf die Ellenbogen, Kniee, Gesäfs und benachbarte Körperteile beschränkte und aus diffusen, mit dickeren Schuppen bedeckten Plaques besteht, die ihren papulösen Charakter noch deutlich erkennen lassen. Im Gesichte bemerkt man einige schuppige Papeln. Vortragender möchte in Ermangelung einer bestimmten Diagnose bis auf weiteres den Fall als Lichen ruber bezeichnen.

Dr. G. Pernet spricht über **Pemphigus der Conjunctiva.** Der Zustand kann infolge von Infektion einer Wunde mit einem spezifischen Mikroorganismus entstehen. Abgesehen davon, dafs der Pemphigus der Conjunctiva als Theilerscheinung einer allgemeinen Eruption entstehen kann, kommen noch folgende Möglichkeiten für die Entstehung desselben in Betracht:

1. Die Conjunctiva kann primär durch Kratzen oder bei irgend einer Verletzung des Auges mit dem Diplococcus infiziert werden;

2. sekundär kann die Infektion erfolgen, wenn die Hände der Patienten oder der Wärter Infektionsstoffe von einer an einem anderen Körperteile befindlichen Pemphigusblase ins Auge bringen;

3. von der Nase aus durch den Ductus naso-lacrimalis.

Dr. Pye-Smith demonstriert einen **Fall mit chronischem, recidivierendem Ekzem oder kongenitaler Xerodermia.** Die Haut des 15jährigen, kleinen, dürftig genährten Knaben ist trocken, besonders auf dem Kopfe, am Stroma und an den Handtellern. Das Haar ist glanzlos. Die inneren Organe sind gesund. Der Zustand besteht seit dem zweiten Lebensjahre des Patienten und soll im Gesichte begonnen haben. Er wird besser und schlechter (namentlich im Winter), ist aber niemals verschwunden. — Neben der Trockenheit der Haut sieht man hier und da kleine Papeln und entzündete und nässende Stellen. Das Leiden verursacht zeitweilig heftiges Jucken. — Warme Bäder, Einreibung mit Olivenöl und Applikation einer Bleisalbe haben eine wohlthuende Wirkung auf den Zustand ausgeübt.

Dr. Stowers demonstriert 1. einen **Fall von Pityriasis rosea** bei einem zwölfjährigen Knaben. Die Affektion begann vor zwei Monaten zuerst an der Beugeseite des rechten Ellenbogengelenks, später wurden Stroma, Gesicht, Hände und Füße befallen; 2. eine 54jährige Frau mit **Morphoea.** Die Krankheit begann vor acht Monaten in wunderbar symmetrischer Weise auf beiden Körperhälften mit verdickten, elfenbeinartig aussehenden Hautstellen, die von einem, von dilatierten Blutgefäßen herrührenden roten Saum umgeben waren. *C. Berliner-Aachen.*

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Juni 1896.

(*The Brit. Journ. of Derm.* Juli 1896.)

Dr. Cavafy stellt einen **Fall von symmetrischer Morphoea** vor. Die 50jährige Patientin, deren Leiden bereits in der Februarsitzung des Jahres 1895 beschrieben worden ist, jedoch nicht bestimmt diagnostiziert werden konnte, zeigt jetzt an beiden Beinen, unterhalb des Knies und in beiden Kniekehlen ziemlich symmetrisch scharf begrenzte, narbenähnliche Hautstellen. Die rechte Seite ist etwas stärker befallen, als die linke. Die Stellen sind von beträchtlicher Größe, von ovaler oder unregelmäßiger Gestalt und von einer äußerst zarten und schmalen Zone eines violetten Erythems umgeben. Die eingeschlossene Haut ist gelblichweiß, etwas vertieft, an vielen Stellen runzelig; die kleineren Plaques sind glatt. In der rechten Kniekehle ist Ulceration in geringem Grade vorhanden. Die ergriffene Haut fühlt sich hart, pergamentartig an. Die Sensibilität an den befallenen Stellen ist nicht bemerkenswert herabgesetzt. — Die Patientin ist sonst ganz gesund.

Dr. J. Galloway demonstriert 1) ein dreijähriges Mädchen mit **Erythema multiforme.** Das Kind war früher gesund. Vor fünf Wochen bekam es einen Ausschlag, der als Urticaria angesehen worden ist. Derselbe besserte sich, ist jedoch seit der Zeit wiederholt in mehr oder weniger heftigen Attacken aufgetreten. Befallen sind Gesicht, oberer und unterer Teil des Stammes, Extremitäten. Die zahlreichen verschieden großen Efflorescenzen sind zumeist von bullösem Charakter, eine Anzahl sind zu Gruppen vereinigt und zeigen die Tendenz zu konfluieren. Diese letzteren sind von Ringen umgeben, deren Farbe für „Herpes iris“ so charakteristisch ist. Unter milden Applikationen haben die Anfälle an Heftigkeit verloren, und sind seltener

geworden; 2) ein zwölfjähriges **Mädchen mit beginnendem Molluscum fibrosum und excessiver Pigmentation.** Die Pigmentation besteht seit der Geburt, sie betrifft einzelne umschriebene Hautstellen. Im Laufe der Jahre sind dieselben dunkler geworden. Neben der Pigmentation wurden gleich nach der Geburt bei dem Kinde an vielen Hautpartien kleine, weiche Tumoren bemerkt, die sich nur wenig über das Niveau der Haut erhoben. Die Zahl der Tumoren hat seitdem zugenommen, während dieselben nicht gröſser geworden zu sein scheinen.

Ein **Fall zur Diagnose**, vorgestellt von Dr. St. Mackenzie. Das 20jährige Mädchen zeigt in der rechten Schläfengegend einige warzenähnliche Exkrescenzen, von denen die einen halb durchscheinend, die anderen opak sind. Nachdem einige mit Salicylkollodium und mit dem Paquelin beseitigt worden sind, zeigt die Affektion Neigung, auf die angrenzende Kopfhaut sich auszudehnen.

Unter den Mitgliedern herrscht die Ansicht vor, daſs es sich um ein Muttermal mit Vergröſserung der Talgdrüsen handelt.

Herr M. Morris demonstriert 1) einen **Fall von Favus der Kopfhaut** bei einer 39 Jahre alten Dame. Die Affektion besteht seit zwei Jahren; die Diagnose ist durch den mikroskopischen Befund gesichert; 2) eine 19jährige junge Frau mit einem seit fünf Jahren bestehenden serpiginösen Ausschlage am linken Handteller. Trotz mannigfacher Ähnlichkeit mit Psoriasis palmaris syphilitica sind für den spezifischen Charakter der Affektion keinerlei Anhaltspunkte vorhanden. Die Behandlung ist bisher erfolglos geblieben. Vortragender nimmt **Lupus erythematosus** als vorliegend an; 3) Einen **Fall von akutem Lupus erythematosus** bei einem 17jährigen Mädchen. Die Krankheit besteht erst seit zwei Monaten und hat in dieser relativ kurzen Zeit die Wangen, Nase, Augenlider, Stirn und beide Ohrläppchen ergriffen. Auſserdem waren zirkuläre Flecken an den Fingern vorhanden, welche an Frostbeulen erinnerten; 4) einen ungewöhnlichen **Fall von Lupus erythematosus** bei einer 45jährigen Frau, die im November 1895 typischen Lupus erythematosus an den Wangen, auf dem Kopfe, an den Fingern und Zehen zeigte. Ende Dezember waren alle Anzeichen des erythematösen Charakters der Krankheit vom Gesichte verschwunden an einzelnen Stellen ein runzeliges, schwach atrophisches Aussehen der Haut hinterlassend. Die Zehen und Finger waren weniger geschwollen und gerötet als zuvor. Mitte Februar kehrte die Krankheit mit erneuter Vehemenz um den Mund herum (aber nicht an den Wangen), an Händen und Füſsen und auf der Kopfhaut wieder. Das Recidiv ist viel ernster als der erste Ausbruch; 5) ein 13 Wochen altes Kind mit einer Blaseneruption am unteren Teil des Abdomens, am Gesäſs, an den Oberschenkeln, an Händen und Fingern und an den unteren Partien der Beine. Die meisten der isolierten Blasen gleichen generalisierter Vaccinia. Zwei kleine Bläschen befinden sich auf der Zunge. Die Eruption begann, als das Kind elf Wochen alt war. Mit fünf Wochen ist es geimpft worden, so daſs man nicht annehmen kann, der Ausschlag rühre von der Impfung her. Anzeichen von Syphilis sind nicht vorhanden. Vortragender stellt einstweilen die Diagnose **Dermatitis herpetiformis.**

Dr Pringle demonstriert 1) einen 25jährigen Mann, der seit vier Jahren an **Syphilis** leidet und zahlreiche alte und frische, **stark vertiefte Narben** zeigt, welche genau denen nach stattgehabter Vaccination gleichen. Das Interessante an dem Falle ist, daſs sowohl die Eruptionen des sekundären, wie des tertiären Stadiums Narben hinterlieſsen mit dem Unterschiede, daſs die älteren weiſs, die jüngeren stärker pigmentiert aussehen. Einige der ersteren zeigen einen keloidartigen Charakter 2) ein 23jähriges Mädchen mit seit zwei Jahren bestehendem **Lichen planus hypertrophicus.** Im September 1895 bei der ersten Besichtigung zeigte die Patientin

eine nahezu rechteckige Plaque von tiefdunkler Farbe an der Streckseite des linken Vorderarmes genau über dem Handgelenk. Um die Stelle herum sah man zahlreiche kleine, flachköpfige, durchscheinende, blafsrötlichbraune Lichenpapeln zu Gruppen vereinigt. Unter Arsenik verschwanden alle Efflorescenzen bis auf die rechteckige Plaque, die noch einige Monate persistierte, als der rechte Arm von zahlreichen Efflorescenzen befallen wurde, die dem **Lichen simplex** nach VIDALS und BROCQS Beschreibung entsprachen. Neuerdings sind solche Efflorescenzen an beiden Vorderarmen aufgetreten; 3) einen Fall von typischem **Lichen planus** bei einer 28jährigen, farbigen Frau, bei der die blassen charakteristischen Lichenknötchen mit der dunklen Hautfarbe der Patientin scharf kontrastieren; 4) ein sechs Monate altes, tuberkulös belastetes Kind mit karfunkelartigen, grofsen Knoten an verschiedenen Körperstellen, die von den Mitgliedern als **tuberkulöse Gummata** angesprochen werden. Für Syphilis liegen keine Anhaltspunkte vor. *C. Berliner-Aachen.*

Russisch-Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Oktober 1896.

J. P. KOROWIN: **Multipler Hautkrebs mit Demonstration der betreffenden mikroskopischen Präparate.** Carcinomatöse Neubildungen der Haut sind selten, gewöhnlich bestehen sie in krebsigen Infiltrationen und entwickeln sich nicht primär, sondern im Anschlufs an den Krebs anderer Organe. Zuweilen werden multiple Carcinome, die auf embolischem Wege entstehen, beobachtet. In letzterem Falle entstehen in der Haut leicht bewegliche, nur selten miteinander konfluierende Knötchen. Diese Krebsform ist noch seltener. Ein Fall ist von ROSELER, ein anderer von KAPOSI beschrieben. Der Fall KOROWINS verlief intra vitam unter dem Bild von Rupien. Aus dem Krankenbogen manifestiert sich, dafs Patient, Bauer 63 J. alt, $2^1/_2$ Monate vor Aufnahme ins Hospital erkrankte, wo er nach zwei Monaten verstarb. Auf der Kopfhaut hatte er ekthymatöse, mit Krusten bedeckte Wunden von 1—8 cm im Durchmesser. Vom selben Aussehen waren auch die andern Wunden, sehr verschiedener Gröfse. Infiltrationen befanden sich an verschiedenen Körperteilen. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung der Haut und der inneren Organe führten KOROWIN zur Diagnose des kleinzelligen Krebses, der seinen Anfang an der Kopfhaut genommen und auf dem Blutwege in die Lunge gedrungen war. Die Ursache des Exitus war Pyämie, hervorgerufen durch die Wunden der Haut, und die Krebskachexie. Schon die Anwesenheit niederer Organismen in den Gefäfsen der Leber, des Herzens, der Lunge u. a. sprechen unzweifelhaft für die Blutvergiftung. Darauf wies auch die parenchymatöse Degeneration der Organe hin.

In der darauffolgenden Diskussion sagte TARNOVSKY, dafs der betreffende Patient vor einiger Zeit der Gesellschaft von Dr. JELZINA demonstriert worden war, wobei die Mehrzahl der Mitglieder sich auf die Diagnose der galoppierenden Syphilis geeinigt hatte. Die bakteriologische Untersuchung der Eiterherde und Knoten, die von WLAJEW vorgenommen worden war, ergab die Anwesenheit von Streptokokken, des Staphylococcus aureus und besonderer Stäbchen, die sich bei Einimpfung Tieren gegenüber als sehr schädlich erwiesen, und im Blute fand sich dasselbe. Das Carcinom der Haut habe nie die obenbeschriebene Form; Opponent selbst, sowie die Mitglieder des neulichen Dermatologischen Kongresses zu London, wo eine Abbildung des Kranken ausgestellt gewesen war, hatten einen solchen Fall nie gesehen. TARNOVSKY erklärte den perniciösen Verlauf der Affektion durch die Mischinfektion von Krebs und Syphilis, sowohl wegen der in Menge anwesenden granulatiösen Elemente, als auch wegen der Ähnlichkeit mit Carcinom und dem schnellen Verlauf.

PETERSEN hält den Fall für maligne Lues.

T. P. Pawlow: **Ein Projekt zum Vortrage zum Kongrefs der Syphilidologen über die Nomenklatur der Syphilis und der venerischen Krankheiten.** Vortragender schlägt vor, die Luetiker überall in infektiöse und nicht infektiöse einzuteilen; alle venerischen Kranken in Tripperkranke und Ulcus molle-Kranke zu differenzieren. In der allgemeinen Rubrik „Syphilis" (besonders für Männer und für Weiber):

I. Primäre Erscheinungen:
   a) genitale Infektion, b) extragenitale Infektion.
II. Sekundäre Erscheinungen — das primäre Exanthem bei Anwesenheit des Primäraffektes oder ohne denselben.
III. Sekundäre Erscheinungen — das Recidiv.
IV. Tertiäre Erscheinungen:
   a) Affektionen der Haut, der Schleimhäute und der äufseren Weichteile im allgemeinen.
   b) Affektionen des Periosts und des Knochensystems.
   c) Affektionen der inneren Organe.
V. Syphilis hereditaria.

In der Allgemeinrubrik der „Blennorrhoe":

I. Urethritis blennorrh. simplex.
II. Urethritis blennorrh. acut.
III. Urethritis blennorrh. chronic. et c. complicat. (Aufzählung der verschiedenen Komplikationen).

In der Allgemeinrubrik des „Ulcus molle":

I. Ulcus molle simplex.
II. Ulcus molle et complic. (Aufzählung der verschiedenen Komplikationen).

Die Kinder sind in einer besonderen Abteilung zusammengefafst in folgenden Rubriken:

Syphilis:
   a) erworben, b) hereditär;
Ulcus molle;
Blennorrhoe; Blennorrhoea vestibuli et vaginae; Blennorrhoea neonatorum; Phimosis; Paraphimosis.

Der Vortrag Pawlows rief rege Diskussion hervor. Es wurde beschlossen, die obige Einteilung in die vier Rubriken anzunehmen ohne die Unterabteilungen, die man dann später in einer besonderen Beschreibung näher erläutern könne. Das ausgearbeitete Projekt soll dann in der nächsten Sitzung zur endgültigen Diskussion der Gesellschaft vorgelegt werden.

Sitzung vom 30. November 1896.

Prof. Petersen demonstriert einen Patienten mit einer **Affektion der Unterlippe, die so einer krebsartigen ähnelte,** dafs in einer der hauptstädtischen Ambulatorien dem Kranken das Extr. chelidon. maj. injiciert wurde, obgleich Anamnese und objektive Untersuchung mehr für ein Gumma sprachen. Und wirklich, bei Jodbehandlung ging die lokale Affektion zurück.

Das Projekt über die Nomenklatur der Lues und der venerischen Krankheiten, das zum bevorstehenden Kongrefs vorgeschlagen werden sollte und das den übrigen Mitgliedern der Gesellschaft in besonderen Druckabzügen zugestellt worden war, rief lebhafte Diskussion hervor. Nach Ballotement der einzelnen Meinungen über eine wünschenswerte Nomenklatur der Lues wurde beschlossen: eine acquirierte und eine hereditäre Lues zu unterscheiden und dem Verlauf nach sie in drei Stufen zu

teilen: 1. Primäraffekt (genitale oder extragenitale Infektion). 2. Sekundäre oder kondylomatöse Erscheinungen: a) Syphil. condyl. recens, b) Syphil. condyl. recidiva. 3. Gummöse Symptome. In jedem Stadium sollen präzise die Anfälle beschrieben werden. Bei der hereditären Lues ist eine Früh- und Spätform zu unterscheiden. Ferner die parasyphilitischen Erscheinungen zu konstatieren, wie Paralysis progressiva, insofern sie auf luetischer Basis beruht, Tabes dorsalis und syphilitische Dystrophie.

G. Herzenstein: **Die fliegenden Abteilungen im Kampfe mit der Syphilis.** Die Diskussion ist bis zur nächsten Sitzung verlegt worden.

G. Herzenstein: **Über die Untersuchung der Wehrpflichtigen, als ein Mittel im Kampf mit der Syphilis.** Folgende Thesen: 1. Alle Wehrpflichtigen unterliegen einer ärztlichen Untersuchung auf die Anwesenheit von Syphilis. 2. Alle Syphilitiker, im infektiösen Stadium, müssen sofort im Hospital interniert werden zum Zwecke der Heilung, ganz gleich, ob sie zum Militärdienst tauglich oder nicht befunden werden. 3. Die Kosten der Behandlung dürfen weder den Patienten, noch den Dorfkassen oder der Gemeinde, zu der Patient gehört, zur Last fallen.

In der Diskussion wurde der Vorschlag dahin abgeändert, dafs statt der zwangsweisen Internierung nur den Patienten die Möglichkeit zur Behandlung geboten werden soll.

Tarnovsky fügte hinzu, dafs das Militärministerium, soviel ihm bewufst, nicht abgeneigt sein werde, die Mittel zur Hospitalbehandlung dieser Kranken zu bieten.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Besprechungen.

Diagnostik der Harnkrankheiten, von Prof. Dr. Posner. 2. Auflage (Berlin, 1896. August Hirschwald). Die günstige Prognose, die seiner Zeit in diesen Blättern dem vorzüglichen Werkchen Posners gestellt wurde, ist eingetroffen, wie es auch nicht anders zu erwarten war bei der knappen und präzisen Anschauungsweise des allbekannten Autors. Vor uns liegt die zweite Auflage, der hoffentlich in noch kürzerer Zeit die dritte folgen wird. Wenn wir für die weiteren Auflagen einen Wunsch zu äufsern wagen, so ist es der, in Zukunft auch den Diabetes von der sachkundigen Feder des Verfassers in obigem Werke beschrieben zu sehen. Denn mit demselben Rechte, wie er die Blennorrhoe daselbst abhandelt, mit demselben Rechte kann auch der Diabetes einen Platz daselbst beanspruchen; umsomehr, als gerade bei dieser Affektion in den letzten Jahren die Theorien und Anschauungen sich sehr verschoben haben. Meines Erachtens würden viele Kollegen dem Autor hierfür sehr dankbar sein.

P. Taenzer-Bremen.

Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden, von F. Grimm. (Berlin, 1896. S. Karger.) Das mit einem Vorwort von Geheimrat Lewin versehene Werkchen giebt in knapper, präziser Darstellung die Behandlung der Lues wieder. Die einzelnen Behandlungsmethoden sind hinreichend gewürdigt. Das Buch wird dem Arzt, der nur selten Fälle von Lues zur Behandlung bekommt, eine

gute Richtschnur bieten. GRIMM verwirft die Excision der Initialsklerose, da sie nicht im Stande sei, den Ausbruch der Sekundärerscheinungen zu verhüten. Ebenfalls ist ein ungünstiges Urteil über die intravenöse Injektion gesprochen, die zur Trombose der betreffenden Vene führe. Die Frage, ob chronisch kontinuierliche, chronisch intermittierende oder symptomatische Behandlung, wird zu Gunsten der letzteren entschieden. *L. Hammerschlag-Essen.*

Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns, von Prof. H. OPPENHEIM in Berlin. Mit 17 Abbildungen. Spezielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von NOTHNAGEL. IX. Bd. I. Teil. III. Abt. 2. Lief. (Wien, 1896. Alfred Hölder.) Neben der Gesamtbearbeitung der Syphilis durch J. NEUMANN bringt das NOTHNAGELsche Sammelwerk noch aus der Feder des bekannten Neurologen OPPENHEIM eine Darstellung der luetischen Gehirnerkrankungen, die natürlich mit Rücksicht auf den Verfasser besonderes Interesse erregt. Zu bedauern ist es, dafs nicht die luetischen Rückenmarksleiden in diesem Buche ganz bearbeitet sind. Ich glaube, dafs da eine Trennung durchaus nicht angebracht war, denn bei den Erkrankungen des Rückenmarks, wie bei den Erkrankungen des Gehirns kommen meistens dieselben Gesichtspunkte in Frage. Das ist ein Stoff, der durchaus zusammengehört. Wenn deshalb hier nun die Rückenmarksleiden nur soweit besprochen werden, als sie mit Gehirnleiden vereint auftreten (Lues cerebrospinalis), so ist das nicht genügend; daran hat aber wahrscheinlich nicht der Autor, sondern die Vertreter der Themata für das Gesamtwerk schuld.

Verfasser teilt die luetischen Gehirnaffektionen in zwei Gruppen, in solche mit pathologisch-anatomischen Veränderungen spezifischen Charakters und solche, bei denen einfache Entzündungen und Entartungen sich abspielen, die durch chemische Gifte syphilitischer Herkunft hervorgerufen sein sollen. Die beiden zur zweiten Gruppe gewöhnlich gezählten Krankheiten: Dementia paralytica und Tabes dorsalis bleiben deshalb unberücksichtigt. Das erstere Leiden besonders, ein Gehirnleiden, das sicher, wenn auch nicht immer, so doch sehr oft, Beziehungen zur Lues hat, werden aber die meisten Leser doch wohl sehr vermissen. Das Buch beginnt mit einer Besprechung der Ätiologie, dann folgt die pathologische Anatomie mit einer lehrreichen, durch eine Reihe von Illustrationen erläuterten Erörterung der Veränderungen an den Meningen, den Nerven und Gefäfsen. Die diffusen, circumscripten und disseminierten luetischen Anomalien, die Folgen derselben werden geschildert, die Schwierigkeit, die luetischen Veränderungen immer bestimmt als solche zu erkennen und abzugrenzen, wird besprochen. Daneben betont der Verfasser, dafs im Gehirne der Syphilitischen auch gelegentlich Entzündungs- und Erweichungsherde gefunden werden, die weder durch eine Gefäfserkrankung, noch durch luetische Neubildungen hervorgerufen sind.

Die spezielle Symptomatologie bringt zunächst die Meningitis basilaris syphilitica, deren Symptome sich zusammensetzen aus den Folgen der Meningitis, der Neuritis und der Arteriitis, ohne dafs sie deshalb aber nach ihrer Herkunft streng gegliedert werden könnten. Die syphilitischen Erkrankungen der Konvexität, zuweilen mit den basilaren Erkrankungen zusammengehend, sind: Meningitis und Meningoencephalitis syphilitica circumscripta und diffusa. Anhangsweise bespricht Verfasser ganz kurz die Symptomatologie der Gummigeschwülste, die selten isoliert ohne weitere luetische Veränderungen auftreten. Klinisch wird ihre Reaktion auf die antiluetische Therapie hervorgehoben, resp. ihre spontane Rückbildung. Die nächsten Kapitel behandeln die primäre Neuritis syphilitica der Hirnnerven, die multiple syphilitische Wurzelneuritis, die primäre syphilitische Arteriitis, die syphilitische Encephalitis, die cerebrospiniale Syphilis und Gehirnkrankheiten bei hereditärer Lues. Ein besonderes

Kapitel bespricht eingehend die allgemeine und spezielle Diagnose der luetischen Gehirnleiden. Hier ist auch die Tabes, die Dementia paralytica, die Hysterie und Neurasthenie differentialdiagnostisch berücksichtigt.

Bei der Besprechung der Prognose schliefst Verfasser sich im ganzen den bekannten Ansichten Naunyns an, die er nur in einzelnen Punkten einschränkt und ergänzt. Besonders betont der Verfasser, dafs die Hirnsyphilis in besonders schweren Formen da auftritt, wo keine oder nur eine unzureichende Behandlung bei den vorausgegangenen Manifestationen stattgefunden hat. Einen ungünstigen Einfluſs der „präoccupierten" Behandlung (Rumpf etc.) nimmt Verfasser nicht an. Die Behandlung erfordert die möglichst schnelle Einleitung der spezifischen Kur und deren nachhaltige Durchführung. Bei den Formen, die Fournier als parasyphilitisch bezeichnet, oder deren luetischer Charakter zweifelhaft ist, ist die Kur zu versuchen.

Das vorliegende Buch ist eine gute Monographie, die einen erhöhten Wert dadurch erhält, dafs Verfasser meist auf Grund eigener Erfahrungen spricht und auch manche interessante Krankengeschichte einfügt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Spätformen von angeborener Syphilis (Syphilis congenita tarda) in Form einer Kasuistik, von H. Donner. (Willmar Schwabe. Leipzig 1896.) Um praktische Ärzte besser zu instruieren, aber auch gebildete Laien zu unterrichten, hat Verfasser in dieser Monographie eine Darstellung und Kasuistik der Syphilis hereditaria tarda gegeben. Zunächst bringt er eine Schilderung der Lues hereditaria praecox, die im allgemeinen genügt. Die Hutchinsonsche Trias erkennt er an, die Silexsche Arbeit ist noch nicht berücksichtigt. Als Lues hereditaria tarda bezeichnet Verfasser alle Fälle, bei denen hereditäre Syphilis in der zweiten Kindheit, in der Pubertät oder noch später Erscheinungen macht, gleichgültig ob in der ersten Kindheit Symptome der Syphilis vorhanden gewesen sind, eine weitere Fassung, als sie meist üblich ist.

Unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur schildert Verfasser dann die Symptomatologie der tardiven Syphilis und illustriert die verschiedenen Symptome durch 51 eingehend wiedergegebene Krankengeschichten, an die er zahlreiche Bemerkungen knüpft, die zum Teil über den Rahmen des gestellten Themas hinausgehen. Es liefse sich da manches einwenden, das würde aber hier zu weit führen. Als sonderbarer Heiliger entpuppt sich der Verfasser bei der Therapie. Er nennt sich Homöopath, hält aber sowohl der Allopathie wie der Homöopathie tüchtige Gardinenpredigten. Er acceptiert das Quecksilber, weil es dem Satze „similia similibus" entspricht, d. h. die Quecksilbervergiftungserscheinungen den Syphiliserscheinungen gleichen, bekämpft Herrmann und Konsorten, giebt aber das Quecksilber meist nach homöopathischen Methoden, ohne aber wiederum die hochpotenzierten Verdünnungen derselben für wirksam zu halten. Kurz er ist ein homöopathisch kurierender Allopath, oder, wenn man will, ein allopathisch kurierender Homöopath. Trotzdem sind vielleicht seine therapeutischen Kapitel beachtenswert; möglicherweise liefse sich aus der grofsen Zahl der homöopathisch verwendeten, hier aufgeführten Quecksilberverbindungen eine oder die andere herausfinden, welche intern, nach allopathischer Weise gegeben, besser vertragen wird, als die sonst üblichen. Auch mancher sonstige Wink ist beachtenswert. Dafs Verfasser der Verbreitung der Syphilis durch Impfung eine grofse Rolle zuschreibt, ist bei seinen sonstigen Ansichten ja verständlich. Er allein hat 30 Fälle gesehen, die er später publizieren will. Nur heraus damit! Ich fürchte, es wird da viel zu kritisieren geben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen. Nach dem neuesten wissenschaftlichen Standpunkte und zahlreichen eigenen Studien und Unter-

suchungen dargestellt von Ernest Finger. Vierte Auflage. (Wien, 1896. Franz Deuticke.) Mit der vierten Auflage eines Buches hat die Kritik nichts zu schaffen; die Leser haben das Urteil gefällt und das ist ausschlaggebend. Wenn, wie in diesem Falle, nun gar Leser und Kritik im Einklang stehen, dann bleibt eigentlich nichts weiter übrig, als auch diese Auflage willkommen zu heifsen. Dieselbe bringt das altbewährte und auch das neue in sehr erschöpfender Darstellung. Eine Erweiterung hat die Neubearbeitung durch Berücksichtigung der neueren bakteriologischen und anatomischen Forschungen, sowie eingehendere Besprechung des Rheumatismus blennorrhoicus, der Periostitis und Bursitis blennorrhoica gefunden. Die zahlreichen Heilmittel jüngeren Datums sind nicht unerörtert geblieben. Kurz auch diese Auflage erfüllt die an ein ausführliches Lehrbuch zu stellenden Forderungen in vollem Mafse.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pharmakopoe für die Erkrankungen der Haut, von J. Startin. 4. Aufl. (Bristol 1896. John Wright & Cie.) Das kleine handliche Büchlein enthält auf 53 Seiten die im London Skin Hospital, Fitzroy Square gebräuchlichen Rezeptformeln: Bäder, Caustica, Lotiones, Mixturae, Pilulae, Unguenta mit etwas knappen Angaben über ihre Verwendung, z. B. „nützlich bei papulösen, spamösen und vesikulösen Affektionen." Hieran schliefsen sich kurze Diätvorschriften, eine Klassifikation der Hautkrankheiten (20 Gruppen) und ein therapeutischer Index, der auf 7 kleinen Seiten ein alphabetisches Verzeichnis der Hautkrankheiten mit gedrängten Angaben der Behandlung enthält.

Der Praktiker wird eine derartige kurze Aufzählung von Hautkrankheiten mit den dazu gehörigen Rezeptformeln vielleicht mit Nutzen verwerten können, dafs dieselbe aber für den Studierenden irgend welchen Vorteil bietet, möchten wir bezweifeln.

H. Einhorn-München.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Über die Ranzidität der Hebrasalbe, von Dieterich. (*Pharmaz. Centralh.* 1896. No. 23.) Aus den Versuchen des Verfassers ergiebt sich, dafs:

1. Der Zusatz von Wasser zur Hebrasalbe dieselbe haltbarer macht, indem das Wasser die Bindung der ausgeschiedenen Säure zu wasserlöslichen, sauer reagierenden Bleisalzen befördert;

2. Die Aufbewahrung der mit Wasser bereiteten Hebrasalbe unter einer Schicht Wasser sehr zu empfehlen ist;

3. Die Bestimmung der Säurezahl so geschehen mufs, dafs 1 g Salbe mit Wasser innig vermischt wird und unter Umrühren nach einer Stunde direkt mit wässeriger Normalkalilauge fixiert wird;

4. Die bisher erhaltenen Zahlen nicht allein Säurezahlen, sondern auch Verseifungszahlen repräsentieren.

A. Strauſs-Barmen.

Huelbes y Busdraglie hat das **Jodoformin** mit bestem Erfolge bei Ulcus cruris, Hämorrhoiden, Uterusgeschwüren, weichem Schanker und Zahncaries angewandt. Das Jodoformin enthält 75% Jodoform, ist geruchlos, erzeugt keine Erytheme, löst sich langsam in den Wundsekreten auf, läfst sich in trockener Hitze ohne Zusetzung sterilisieren und eignet sich deshalb auch besser als das Jodoform zur Anfertigung von Gaze. (*El Eco del Consultorio.* 1896. No. 10.) *C. Müller-Wallisellen.*

Über Formaldehydgelatine, von J. Weyland. (*Pharmaz. Centralh.* 1896. No. 31.) Es werden die Eigenschaften dieses interessanten Körpers geschildert. An denselben knüpft sich die wichtige Entdeckung von Schleich in Berlin, dafs gepulverte Formalingelatine auf Wunden gestreut resorbiert wird und gleichzeitig antiseptisch wirkt. Auf Grund seiner Beobachtungen spricht Verfasser die Ansicht aus, dafs Formaldehydgelatine als ein in seinen Löslichkeitseigenschaften verändertes Glutin zu betrachten sei, in welchem polymarisiertes Formaldehyd in Spuren mechanisch festgehalten ist. Letzteres stellt bei der Wundbehandlung nach Schleich das wirksame Moment dar. Verfasser bestimmte die Quantität des vorhandenen Formaldehyds.

A. Strauſs-Barmen.

Das Nosophen und seine Verbindungen, von Sonnenberger. (*Kinderarzt.* 1896. No. 3.) Verfasser bringt ein zusammenfassendes Referat über die bis dahin erschienenen Arbeiten über Nosophen und seine Verbindungen.

A. Strauſs-Barmen.

Über Nosophen, von O. Seifert. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 12.) Sechs Fälle von Balanoposthitis heilten nach 3 Tagen unter Bestreuen mit Nosophen. Um Sekretverhaltungen zu vermeiden, wurden die Ulcera mollia nach Reinigung des Geschwürsgrundes mit Liquor ferri geätzt, dann Nosophen aufgestreut und eine dünne Lage Watte aufgelegt. In seiner Wirkung steht es dem Europhen nicht nach. Ein nässendes Ekzem bei Bubo suppurativus trocknete unter Nosophenbehandlung überraschend schnell aus und heilte innerhalb dreier Tage. *A. Strauſs-Barmen.*

Nosophen. (Sitzungsbericht der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn vom 11. März 1895. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 4.) Binz legt das neue Präparat vor und hebt namentlich hervor, dafs ihm der lästige Geruch und die Giftigkeit des Jodoforms fehlen, während es dessen gute Eigenschaften, die Fähigkeit zum Lähmen der Mikroorganismen und der Eiterbildung und die Reizlosigkeit auf Schleimhäuten und wundem Gewebe, besitzt.

Doutrelepont berichtet über einige günstige Erfolge bei einem tuberkulösen Abscefs, bei Bubo suppurativus inguinalis, bei einem phagedänischen Schanker.

A. Strauſs-Barmen.

Über Wirkungen und Verhalten des Nosophens im Tierkörper, von C. Binz und N. Zuntz. (*Fortschr. d. Medizin.* 1896.) Verfasser ziehen aus ihren Versuchen folgende Schlüsse:

1. Das Nosophen ist jedenfalls weniger gefährlich als das Jodoform. Die intravenöse Anwendungsweise des Natronsalzes, worin wir es schädlich befunden haben, kommt für den praktischen Gebrauch nicht in Betracht.

2. Unmittelbar ins Blut eingespritztes Nosophen in der Form des gelösten Natriumsalzes wird in ziemlicher Menge in den Darmkanal ausgeschieden. In den Harn geht es nur dann reichlich über, wenn es, wie beim Kaninchen normal, beim Hunde ausnahmsweise alkalisch reagiert. Das Nosophen verhindert ebenso wie das

Jodoform beim Menschen die Eiterung, wenn es äufserlich aufgetragen wird. Durch den Versuch am Froschmesenterium wurde gezeigt, dafs die unmittelbare Lähmung der Leukocyten die Ursache davon ist. *A. Strauſs-Barmen.*

Nosophen als Ersatzmittel des Jodoform, von G. Noack. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 35.) N. verwandte Nosophen in Verbindung mit Serumpulver (Schleich) zu gleichen Teilen oder 2 : 3. Grofses Aufsaugungsvermögen, starke austrocknende Wirkung und Geruchlosigkeit sind die wesentlichsten Vorzüge dieses Pulvers. Auch Nuklein (Serumpulver 60, Nosophen 37, Nuklein 3) wurde hinzugesetzt, durch welches eine raschere Reinigung der Wunden erzielt wurde. Nosophengaze wurde wegen der Möglichkeit einer vollkommeneren Sterilisierung statt Jodoformgaze verwandt. In der kleinen Chirurgie und bei Brandwunden wurde es mit besten Erfolgen gebraucht. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Nosophen, von Dreyer. (*Reichs-Medizinal-Anz.* 1895. No. 20 u. 21.) Aus Josephs Poliklinik in Berlin werden äufserst günstige Erfolge von D. bei Eccema intertriginosum, Ulcera cruris, Herpes progenitalis, Balanoposthitis, Ulcera mollia berichtet. Insbesondere wird die austrocknende und reizlose Wirkung des Präparates hervorgehoben.

Bei Ulcera mollia zeigte es sich dem Europhen und Jodoform überlegen. Sekretverhaltungen unter dem Schorfe kamen nicht vor, weil man das Pulver zweimal täglich auftragen und mit dünner Watteschicht bedecken liefs.

A. Strauſs-Barmen.

Zur dreiprozentigen Nosophengaze, von v. Noorden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 1.) N. hebt folgende Eigenschaften hervor:

Die Möglichkeit, die Gaze im strömenden Dampfe zu sterilisieren.

Die fast völlige Geruchlosigkeit.

Die genügende hämostatische Wirkung gegen parenchymatöse Blutungen.

Die Drainageaufgabe bei absondernden Wunden wird in gleicher Weise erfüllt, wie bei anderen Gazen, und besser als bei Dermatolgaze.

Die Absonderung der Granulationsflächen wird günstig beeinflufst, insofern als die Granulation in zufriedenstellend schneller Zeit aus schlaffen in gewebefähige übergeführt werden.

Es ist die Gaze, die keine Ekzeme verursacht, in vielen Fällen der Jodoformgaze vorzuziehen. *A. Strauſs-Barmen.*

Untersuchungen über das Tetrajodphenolphtalein (Nosophen) und sein Natronsalz (Antinosin), von Anton Lieven. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 22.) Verfasser lieferte zunächst den Nachweis von der Ungiftigkeit des Nosophens durch Injektion bei einem Kaninchen und durch innerlichen Gebrauch beim Menschen, wies dann nach, dafs Nosophen das Reduktionsvermögen des Staphylococcus pyogenes aureus aufzuheben vermag und prüft sodann die direkte Einwirkung des Pulvers auf wachsende und bereits entwickelte Kulturen. Er konstatiert, dafs Nosophen und Antinosin nicht nur entwickelungshemmende Eigenschaften, sondern auch bakterientötende Eigenschaften besitzen.

Er glaubt zu der Behauptung berechtigt zu sein, dafs überall da, wo das Nosophen mit Sekreten genügend in Berührung kommt, demselben eine beträchtliche antiseptische Wirkung von dauerndem Charakter zuzuschreiben ist.

A. Strauſs-Barmen.

Bakteriologische Untersuchungen über das Antinosin, von W. Kruse. Erwähnt seien die Versuche an Eiterkokken, denen gegenüber Antinosin stark entwickelungshemmende Eigenschaften besitzt. In gewöhnlicher Bouillon resp. auf Agar ist die Entwickelungshemmung durch Antinosin 50 Mal stärker als die durch Karbolsäure, im Blutserum doppelt so groß als die der Karbolsäure. Die tötende Kraft des Antinosins hingegen gegenüber Eiterkokken, wird von der Karbolsäure übertroffen. Vergleichende Versuche mit Antinosin und Jodoform ergaben, daß Antinosin auf koaguliertem Rindsserum, auf flüssigem Rindsserum und auf Agar kein Wachstum der Eiterkokken zeigt, Jodoform ein geringes. Auch gegenüber anderen Jodpräparaten (Europhen, Aristol, Dermatol, Jodol) ist die Wirkung des Antinosins am kräftigsten im Verhalten gegen Eiterkokken. *A. Strauß-Barmen.*

Akute Exantheme.

In heftigen Worten kritisiert Bourneville (*Progrès méd.* 1896. No. 34) die sanitärischen Verhältnisse der großen Hafenstadt Marseille speziell in Bezug auf eine neue **Variolaepidemie.** Diese Krankheit hat in jener Stadt im Zeitraum von 15 Jahren 9000 Menschen dahingerafft. Mit Recht wendet sich B. besonders gegen den Vorsitzenden der Behörde, einen Arzt, der bis daher die Mahnungen der medizinischen Akademie und der Presse vollständig unbeachtet gelassen hat. Den Verhältnissen Marseilles stellt Verf. diejenigen Deutschlands und von Paris gegenüber, wo die Variola beinahe vollständig verschwunden ist, und verlangt für die Schulkinder und die Hafen- und Stadtarbeiter Vorweisung eines Impfzeugnisses, Einführung von Desinfektionsmaßnahmen, Isolierung der Erkrankten. *C. Müller-Wallisellen.*

Zur Mischinfektion akuter Hautexantheme, von Joseph Samter. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 29.) Verfasser berichtet über Fälle von Kombination von Varicellen und Morbillen und von Scarlatina mit Morbillen. Die Frage, ob Varicellen und Variola identische Prozesse sind, sucht er durch eine Beobachtung zu widerlegen, indem ein Säugling einer Familie, in der Varicellen herrschten, vacciniert wurde. Die Vaccine verlief normal, aber nach ca. 10 Tagen bekam das Kind Varicellen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Varietäten des Typhusexanthems und ihre Bedeutung, von Gustav Singer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 15.) Das für die Diagnose des Abdominaltyphus so wichtige Exanthem hat, wie Dietl zuerst genauer beschrieben, die Form einer Roseola maculata oder, seltener, einer Roseola papulata; sie können auch gemischt vorkommen. Die papulöse Form zeigt elevierte, nicht immer kreisrunde kleine Erhabenheiten, die, wenn sie ausnahmsweise dicht sind, an papulöse Masern erinnern. Eine andere Varietät hat Verfasser in sechs Fällen gesehen, die er hier beschreibt. Es entstehen infiltrierte, follikuläre Knötchen, die zum Teil eine kleine Pustel tragen, und zentral zerfallen, Geschwüre zurücklassend. Aus dem Blute, das an den Stellen dieser Follikulitiden entnommen wurde, konnte zum Teil eine Kultur von Typhusbacillen gezüchtet werden. Auf Schnitten durch diese follikulären Herde findet man im Papillarteil ein aus polynukleären Leukocyten bestehendes kleinzelliges Infiltrat. Es treten diese Follikulitiden nur an Brust- und Bauchhaut am Ende der ersten und im Beginn der zweiten Woche auf und bleiben 3—5 Tage, um unter Zurücklassung von Pigmentablagerungen zu schwinden. Dieselben können direkt aus der Roseola hervorgehen. — Verfasser geht nun näher auf die Bedeutung der Hautexantheme als Fundstätten der Typhusbacillen und auf die Dignität der ersteren ein. Er betrachtet die Exantheme als wirkliche, durch den Typhusbacillus erzeugte Hautmetastasen, nicht als Reflexsymptome. Das Fehlen der Exantheme bei sehr blasser Haut ist insofern

von schlechter Bedeutung, als dann der Eintritt von Darmblutungen zu befürchten ist. Der Ausbruch der Hautsymptome wird befördert durch aktive Hyperämie, sowie durch Dampfbäder. Sobald die Typhusbacillen etwa bei lebhafter Schweifsproduktion durch die Hautdrüsen ausgeschieden werden, was sicher geschieht, können sie auch in den Blutgefäßen der Haut stecken bleiben und Exantheme erzeugen, wodurch sich das Auftreten des Exanthems in einem Falle nach Salicyldarreichung erklärt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bosc rühmt die vorzügliche Wirkung der **warmen Bäder (34° C) bei den Infektionskrankheiten der Kinder** (akute Exantheme); besonders hervorgehoben wird der diuretische Einfluß solcher Bäder, welche den ersten Rang unter den therapeutischen Maßnahmen bei Infektionskrankheiten der Kinder einnehmen. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 32.) *C. Müller-Wallisellen.*

Zur Kasuistik der Sekundärinfektion bei Varicellen, von A. Steiner. (*Centralbl. f. Kinderheilk.* 1896. No. 8.) Bei einem ¾ Jahre alten Kinde, das früher stets gesund gewesen war, entwickelte sich am sechsten Tage nach der durchaus leichten Erkrankung an Varicellen eine infektiöse Osteomyelitis und Periostitis an einem Oberschenkel. Das Kind ging unter Erscheinungen schwerster Septikopyämie zu Grunde. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Todesfälle bei Varicellen, von Löhr. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. Nr. 25.) Das eine Kind starb an einer Komplikation mit phlegmonösem Kopferysipel; die Obduzenten erklärten den Fall für Variola, doch bleibt Verfasser nach der Anamnese bei seiner Diagnose. Die Geschwister hatten Varicellen, Mutter und eine Schwester Erysipel.

Im anderen Falle führte eine hinzutretende akute Miliartuberkulose zum Tode.

F. Hahn-Bremen.

Über Variola, von A. Wassermann. (*Charité-Ann.* Bd. XX. No. 2.) Im Institut für Infektionskrankheiten sind vier Fälle von Variola im Jahre 1895 behandelt, über die hier berichtet wird. Dieselben bieten manches lehrreiche:

Zunächst zeigte sich, daß die Schwere der Erkrankung trotz derselben Infektionsquelle eine verschiedene war und daß dabei die vorausgegangene Vaccination als Erklärung für den milderen Verlauf herangezogen werden mußte. Der Pustelinhalt erwies sich stets als steril, was mit den Befunden anderer Autoren im Widerspruch steht; dieses ist wohl nur durch sekundäre Keime zu erklären. Koch hat nur bei hämorrhagischen Pocken Streptokokken im Pustelinhalte gefunden. Das von Buttersack gefundene Netzwerk von Fäden konnte Verfasser in keinem Falle nachweisen, ebensowenig Protozoen. Das Eiterungsfieber bei den Pocken ist als direkte Teilerscheinung der Infektion nicht als Folge der Eiterbildung an sich anzusehen, wie bei der Streptokokkeneiterung. Das Freisein der Pusteln von Entzündungserregern giebt uns die Aufgabe sekundäre Infektion zu verhindern. Das gelang durch Bedecken der Pusteln mit Kompressen, die mit einer 1% Arg. nitr. Paste dick bestrichen waren. Diese lindert auch sehr die subjektiven Beschwerden und befördert das Ausbleiben einer Narbenbildung. Das Serum einer Patientin, 35 Tage nach dem Ausbruch des Exanthems entnommen, wurde einem Kalbe injiziert. Die vier Tage später vorgenommene Impfung hatte vollen Erfolg. Es waren hier also keine Schutzkörper im Blute der Erkrankten vorhanden.

Betreffs der Infektionsquelle ließ sich feststellen, daß die Krankheit durch aus Italien zugereiste, selbst gesunde Personen, also mittelbar übertragen war. Die Incubation konnte in einem Falle mit Sicherheit auf 10, in einem anderen auf 14 Tage festgestellt werden; sie schwankt also. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Blatternepidemie in Bern, giebt im Med.-pharm. Bezirksverein im Anschlufs an einen Vortrag von Ost Veranlassung zu einer lebhaften Diskussion. (*Schweiz. Corresp.-Blatt.* 1895. No. 2.) Fuetter hat einen Fall beobachtet, bei dem kein Suppurationsfieber auftrat, das Eruptionsstadium bei völliger Euphorie verlief. Er bestätigt, dafs er in 50 Fällen eine Incubation von 14 Tagen sicher feststellen konnte. Dutoit hält das Auftreten eines hämorrhagischen Hofes um die Pusteln nicht für ein Zeichen von Variola haemorrhagica; dasselbe sei unschuldiger Natur. Die Varicellen sind von Variola scharf zu trennen. Die Impfung gewährt bedeutenden Schutz. Verschiedene Redner betonen die Notwendigkeit der Revaccination und der Isolierung und wenden sich gegen die Thätigkeit des Impfgegners Prof. Vogt. Von grofser Wichtigkeit ist die Aufklärung des irregeleiteten Publikums. Jedoch fehlt es auch nicht an Impfgegnern. Dr. Jordi meint, dafs eine geregelte Hygiene das beste Prophylacticum gegen Variola sei; besonders fleifsiges Baden. Er zählt Pocken, Typhus und Cholera zu den Schmutzkrankheiten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kontagiosität sfrage der Variola, von M. v. Arx. (*Schweiz. Corresp.-Blatt.* 1894. No. 23.) An zwei Fällen illustriert Verfasser, dafs die Variola schon im Initialstadium contagiös in hohen Mafse sein kann. Zwei Arbeiter sind mit einem im Initialstadium der Variola befindlichen, von jedem Ausschlag freien Manne vom 24.—26. März zusammen, reisen dann ab und kommen den 7. April zurück und erkranken an Variola. Da sie in der Zwischenzeit mit keiner pockenverdächtigen Person zusammen gewesen sind, da die Zwischenzeit der Dauer des Incubationsstadiums entspricht, mufs angenommen werden, dafs sie die Infektion sich von dem genannten Manne zugezogen haben, trotzdem derselbe noch ausschlagsfrei war.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Pockensterblichkeit in Bayern in den Jahren 1857/58—1892. Eine statistisch-hygienische Studie, von Friedrich Boehm. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 32.) Da schliefslich doch nur Zahlen die Impfgegner zu widerlegen geeignet sind, hat Verfasser sich der Mühe unterzogen die Sanitätsberichte in Bayern aus den letzten 35 Jahren durchzustudieren und giebt er in dieser Arbeit das Ergebnis, das den Triumph der Impfung in das klarste Licht zu stellen geeignet ist. Hier sei nur eine Tabelle wiedergegeben.

Im Königreich Bayern kamen auf je 100 000 Einwohner an Blattern Gestorbene in den Jahren:

1857/58	1858/59	1859/60	1860/61	1861/62	1862/63	1863/64	1864/65	1865/66	1866/67	1868	1869	1870	1871	1872	1873
6,8	4,1	2,8	1,5	2,5	2,3	2,3	4,6	12,0	25,0	18,8	10,9	3,4	104	62	18

1874[1]	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892
5	1,7	1,3	1,7	1,3	0,5	1,2	1,4	1,2	0,6	0,1	0,3	0,1	0,1	0,3	0,5	0,1	0,07	0,05

[1] Dabei ist zu bedenken, dafs 1874 die Zwangsimpfung durch Reichsgesetz eingeführt ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Wissenschaftliche Untersuchungen über das spezifische Infektionsagens der Blattern und die Erzeugung künstlicher Immunität gegen diese Krankheit, von Geo. M. Sternberg. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1896. No. 21—23.) Bei Gelegenheit der Feier des hundertsten Jahrestages der Entdeckung des Wertes der Vaccination von Jenner hielt der Verfasser in Atlanta vor der Versammlung der American Medical Association einen Vortrag, der die Arbeiten über das spezifische Agens der Variola einer Besprechung unterzieht. Es können hier nur die Schlufssätze wiedergegeben werden:

1. Menschen-, Kuh- und Pferdepocken sind genetisch verwandt; sie sind verschiedene Modifikationen derselben Infektionskrankheit bei verschiedenen Tierarten.

2. Das spezifische Infektionsagens der Variola und der Vaccine ist noch nicht nachgewiesen. Die angestellten, ausgedehnten Experimentaluntersuchungen zeigen an, dafs es nicht zu der als Bakterien bekannten Gruppe von Mikroorganismen gehöre.

3. In der Lymphe der Vaccinebläschen, sowohl bei Rindern, als beim Menschen, finden sich gewöhnlich verschiedene Bakterien, darunter die wohlbekannten Kokken, und diese sind wahrscheinlich zum grofsen Teil für die erysipelatöse Entzündung und andere unangenehme Komplikationen verantwortlich, welche häufig nach Vaccination mit solcher Lymphe auftreten.

4. In Glycerin aufbewahrte Lymphe wird nach einiger Zeit steril, soweit es die Gegenwart der Bakterien betrifft, ohne ihre spezifische Virulenz einzubüfsen.

5. Immunität kann durch subkutane Inokulation von Vaccinevirus ohne Entwickelung von Vaccinebläschen hervorgebracht werden; und es ist wahrscheinlich, dafs subkutane Injektion der in Glycerin aufbewahrten Lymphe Immunität erzeugen würde, ohne eine von den septischen Komplikationen, welche bei Vaccination nach der gewöhnlichen Methode so häufig vorkommen.

6. Das Blutserum immuner Tiere enthält eine Substanz in Auflösung, welche die spezifische Virulenz des Vaccinevirus zerstört, wenn es mit ihr in Berührung gebracht wird.

7. Diese Substanz ist nicht in hinreichender Menge vorhanden, um das Blutserum immuner Tiere zur Immunisierung des Menschen (oder zur Behandlung der Variola?) nutzbar machen zu können; aber sie läfst sich vielleicht auf chemischem Wege in konzentrierter Form darstellen, und würde sich in diesem Falle bei der Behandlung dieser Krankheit als nützlich, vielleicht als spezifisch erweisen.

8. Die durch subkutane Injektion von Vaccinelymphe, sowie die durch die gewöhnliche Vaccinationsmethode erzeugte Immunität entwickelt sich allmählich und ist nicht vor dem achten Tage vollständig, was ohne Zweifel von der Vermehrung des infektiösen Agens in dem Körper des empfänglichen Tieres abhängt. Dagegen ist die Immunität, welche durch Transfusion einer grofsen Blutmenge von dem immunen in das empfängliche Tier hervorgebracht wird, die unmittelbare Folge der Transfusion. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Bedeutung der Krankenpflege bei Blatternkranken. (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* 1896. No. 5.) (Autor nicht genannt.) Verfasser bespricht nach einer Übersicht des Krankheitsverlaufes neben der eigentlichen Krankenpflege bei Variola, die gesamte Therapie, und das ist notwendig, da sich die Therapie, wie bei fast allen akuten Infektionskrankheiten, heutzutage mit der geregelten Krankenpflege meist deckt. Hier sei nur wiedergegeben, was über die Verhütung der Pockennarben gesagt ist. Um die Nekrotisierung der Malpighischen Schicht möglichst oberflächlich zu gestalten, bedarf es im Anfang, solange das Exanthem knötchenförmig ist, vor allem kalter Umschläge. In gleicher Richtung wirken Ätzungen mit Höllenstein, aber nur an

ersten und zweiten Tage. Konfluierende Blatternpusteln belegt man mit Merkurialpflaster. Bäder, Kompressen, frühes Öffnen der Pusteln, kühlende Salben, Salbenmulle mildern die Spannung. Nachträgliche Verbesserung der Narben versucht man zu erzielen durch Resorcinpasten und Zinkleimapplikation nach eingetretener Schälung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Impfschäden, Impfexantheme und nach der Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen, von Leonhard Voigt. (*Wien. med. Presse.* 1895. Nr. 7. u. 8.) In einzelnen Fällen sieht man bei der Impfung, bald nach derselben, gewissermaßen als Prodrome, oder im pustulösen Stadium Exantheme, resp. eine Generalisierung der Vaccine, zuweilen durch Autoinokulation entstehen. Diese Ausschläge haben, wenn sie nicht gerade durch ihren Sitz — Impfpusteln am Auge — von Bedeutung sind, wenig auf sich. Unangenehmer ist die Urticaria, die etwa unter 10 000 Fällen einmal auftritt, meist am dritten Tage, und sehr lästig ist. Sie verbindet sich gelegentlich mit Miliaria, die an sich aber eine Folge der Sommerhitze, nicht der Vaccine, ist. Sie kommt nur im Sommer nach der Impfung vor. Richtig ist es, daß ekzematöse, impetiginöse und andere Ausschlagsformen unter Einfluß der Impfung oft sich verschlimmern, ebenso wie die skrophulöse Konstitution darnach oft mehr hervortritt, ohne aber durch die Impfung erst hervorgerufen zu sein. Diese Affektionen kontraindizieren die Impfung. Dasselbe gilt von der Prurigo und Psoriasis. Sehr selten ist Furunculosis nach der Impfung beobachtet. Zur Verhütung des bekannten postvaccinalen Eczema impetiginoides ist die strenge Kontrolle der Beschaffenheit der Lymphe das richtigste. Nur bei ganz elenden Kindern kommt, und zwar äußerst selten, ein Pemphigus nach der Impfung vor; Purpura hat Verfasser zweimal gesehen, beide Male mit günstigem Verlaufe.

Von den akuten Exanthemen werden die Varicellen durch die Vaccination in keiner Weise beeinträchtigt, wie sie auch nicht den Erfolg der Impfung verhindern; dasselbe gilt von den Masern. Scharlach soll bei frisch Geimpften mit besonders lebhaftem Fieber verlaufen, und oft Diphtherie der Impfpusteln bedingen.

Die Impfsyphilis hat bei Anwendung animaler Lymphe wenig Bedeutung, ebenso die Impflepra. Die Möglichkeit, letztere bei Anwendung humanisierter Lymphe zu erzeugen, hält Verfasser für erwiesen. Daß die Ausbreitung der Lepra in manchen Ländern mit der Ausbreitung der Impfung parellel gehe, ist falsch.

Manche postvaccinale Erkrankung scheint die Kombination des Kontagiums der Maul- und Klauenseuche mit der Vaccine hervorzurufen. Verfasser glaubt sie dreimal sicher beobachtet zu haben. Ein Kind war leicht, die beiden anderen schwer erkrankt, zwei genasen, eins wurde durch interkurrente Cholera dahingerafft. Die Stomatitis brach am zehnten Tage aus mit starkem Fieber und einem bläulichen, papulösen Ausschlag, besonders an Lippen, Wangen, Genitalien; derselbe juckte stark und führte stellenweise zur Bildung nußfarbiger Borken. Es trat Bronchitis und Bronchopneumonie hinzu.

Bekannt ist das Hinzutreten des Erysipels. Im ganzen sind die Impfschäden fast nie auf die Lymphbeschaffenheit, sondern meist auf die krankhafte Beschaffenheit der Haut des Impflings oder auf sekundäre Schäden zurückzuführen. Verfasser hat in Hamburg ¼ Million Impflinge besichtigt. In den letzten fünf Jahren sah er unter 100 000 Impflingen: 35 mal allgemeine Vaccine, 17 mal morbillöse, 18 mal papulöse und pustulöse Ausschläge, 18 Erytheme der generalisierten Lymphe. Impfschäden gab es 69: 11 Urticaria, 8 Impetigo, 27 Ekzeme, 2 Psoriasis, 2 Purpura, 1 Pemphigus, 2 Stomatitis aphthosa, 2 Abscesse, 1 Bubo axillaris purulentus, 1 Furunculosis, 5 Geschwüre der Impfpusteln, 2 Erysipele, 4 Augenentzündungen. Ein Todesfall trat bei einer Verschwärung der Impfpusteln ein, die aber bis zum siebenten Tage ganz

normal waren. Die grofsen Erfahrungen des Verfassers sind nur geeignet, die mangelhafte Motivierung der Impfgegner über Volksvergiftung und Massenmord zu beweisen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zweiarmimpfung oder Einarmimpfung, von JÄGER. (*Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesv.* 1895. No. 28.) Da es nach dem Wortlaut der Impfvorschriften strittig sein kann, ob die Einarmimpfung zulässig ist, verlangt der Verfasser eine Abänderung, die diese Zulässigkeit ausdrücklich ausspricht. Da hier zwei wohlgebildete Pusteln nötig sind, um die Impfung als genügend anzusehen, so ist es ganz unsinnig, die Kinder durch Impfung an beiden Armen zu quälen. De facto führen ja die meisten praktischen Ärzte wohl heute schon dieselbe nur an einem Arme aus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Impfung vor der württembergischen Abgeordnetenkammer und die Erfolge der Aufhebung des Impfzwanges in der Schweiz. (*Württemb. Correspdzbl.* 1895. No. 29.) Während man dabei ist, die hundertjährige Geburtstagsfeier der Impfung zu begehen, während für alle wirklichen wissenschaftlich gebildeten Autoritäten der hohe Wert der Impfung über alle Zweifel erhaben ist, giebt es ja eine grofse Schar von Dunkelmännern, die diese segensreiche Entdeckung als Fluch bezeichnen und mit allen Mitteln gegen die Impfung arbeiten. Dafs es ihnen an Gefolge aus der grofsen Schar der Halbgebildeten nicht fehlt, die den Mangel an ihrer Bildung dadurch zu decken glauben, dafs sie alles als Unsinn bekämpfen, was die Wissenschaft ergründet hat, ist nicht wunderbar; denn gerade auf dem Gebiete der Medizin glaubt ja jeder sachverständig zu sein und mitreden zu dürfen, als ob der Mensch eine so einfach konstruierte Maschine wäre, dafs jeder ihre Funktionen zu beurteilen vermag. Einen Sturm, der die Impfgegner, zum Teil Homöopathen, jedenfalls aber alle mit einer homöopathischen Bildung auf dem Gebiete der Naturwissenschaft ausgerüstet, in der würtembergischen Abgeordnetenkammer entfachten, ohne gerade in der Regierung den nötigen energischen Widerstand zu finden, bespricht der Verfasser. Dabei geht er näher auf die den Impfgegnern so mundgerechte Statistik des Prof. VOGT in Bern ein, der die Erfolglosigkeit der Impfung an der Hand des Schweizer-Materials nach Aufhebung des Impfzwanges zu beweisen bestrebt ist. Dieser Impfgegner, ein ordentlicher Professor und Lehrer des Sanitätsstatistik und Hygiene, scheut sich aber ebensowenig, wie seine weniger bekannten Gesinnungsgenossen, die Statistik so zu verdrehen, dafs sie ihm in den Kram pafst, um so seine Ansicht zu motivieren. Welche Mittelchen er dabei anwendet, führt der Verfasser näher aus.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Frage der Schutzpockenimpfung mit sterilen Instrumenten, von WITTE. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 20.) Verfasser bedient sich nach dem Vorgange WEICHARDTS bei den öffentlichen Impfterminen als Impfarzt billiger vernickelter Stahlstücke, welche von der Thüringer Stahlwaarenfabrik von Wolff, Knippenberg & Co. in Ichtershausen zum Preise von 12 *M.* für 100 Stück hergestellt werden. Dieselben werden zu Hause sterilisiert, zwischen sterilem Fliefspapier aufbewahrt und nach je einmaliger Benutzung in absoluten Alkohol gelegt, um dann nach erneuter Sterilisation beim nächsten Termin wieder benutzt zu werden. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der königl. Vaccinationsanstalt, von J. BONDESEN. (*Ugeskr. for Læger.* 1896. No. 20.) In Veranlassung des 100jährigen JENNER-Jubiläums giebt Verfasser eine kurze Übersicht über die Einführung der Impfung in Dänemark, einem der Länder, wo sie am schnellsten Allgemeingut wurde. Das öffentliche Vaccinationsinstitut zu Kopenhagen fing schon am 2. Februar 1802 seine Wirksamkeit an und

hat seitdem ununterbrochen damit fortgefahren; schon in den ersten 7 Jahren wurden in Dänemark und Norwegen 111 722 Personen vacciniert. Während es im Jahre 1801 in Kopenhagen noch 486 Todesfälle an Blattern gab, ging die Anzahl derselben in den folgenden Jahren hinab bis zu 73, 5, 13, 5, 5 Todesfällen. Durch Verordnung vom 8. April 1810 wurde die allgemeine Durchführung der Vaccination über das ganze Land gesichert.

Hierauf wird der Jahresbericht von der königl. Vaccinationsanstalt für 1895 mitgeteilt. Bei 2871 Vaccinationen von Kindern in der Anstalt mit animaler Lymphe, welche fast ganz die humanisierte verdrängt hat, gab es positiven Anschlag bei 99,09%; 59 Mal stellte sich ein lokales Erythem um die Vaccinepusteln ein. Von Komplikationen in engerem Sinne gab es dreimal ein varicellenartiges Exanthem 6—8 Tage nach der Vaccination (in einem der Fälle waren aber kurz vorher Varicellen in der Heimat gewesen); zwei Kinder bekamen einige Tage nach der Vaccination ein universelles, kleinpunktiertes, juckendes Erythem; bei einem Kinde entwickelte sich etwa eine Woche nach der Impfung ein sehr starker Ausbruch von generalisierter Vaccine mit hohem Fieber und starkem allgemeinem Leiden.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Über den prognostischen Wert der Impfnarben, von Raymond. (*Progrès méd.* 1896. No. 30.) Entgegen der Ansicht von Lalagade, welcher aus der Anzahl und der Entwickelung der Narben bei früher Geimpften auf eine besondere Empfänglichkeit für das variolo-vaccinöse Virus schliefsen wollte, kommt Verfasser auf Grund zahlreicher Beobachtungen zu dem Resultate, dafs weder die Zahl noch wahrscheinlich die Dimensionen der Impfnarben irgendwelche Anhaltspunkte für die Prognose einer späteren Wiederimpfung liefern. *C. Müller-Wallisellen.*

Die Erzeugung, Aufbewahrung und Anwendung der Vaccine, von Francis C. Martin. (*Med. Record.* 30. Mai 1896.) Es handelt sich um einen bei Gelegenheit der Jenner-Feier in Atlanta gehaltenen Vortrag. Der Vater des Vortragenden Henry A. Martin brachte 1870 die erste Kälberlymphe aus Beaugency nach Amerika. Die Technik der Lymphegewinnung, welche von der in Europa üblichen wesentlich differiert, wird im Original sehr genau beschrieben. Auch die Impftechnik des Vortragenden ist eine kompliziertere als bei uns jetzt üblich ist. Da der ganze Stoff aber in erschöpfender Weise und offenbar mit grofser Sachkenntnis behandelt ist, so ist das Original den Fachleuten nur zu empfehlen. *J. Appel-Altona.*

Verschiedenes.

Über die Vorteile, welche aus dem Studium der Dermatologie abzuleiten sind, von St. Mackenzie. (*The Brit. med. Journ.* 25. Januar 1896. pag. 193.) Das Studium der Hautkrankheiten sollte von keinem Arzte vernachläfsigt werden, da er sicherlich, welchem Zweige der medizinischen Wissenschaft auch er sich speziell widmen mag, von Zeit zu Zeit auf Hautaffektionen bei seinen Patienten stöfst, die zu diagnostizieren und in ihrem ursächlichen Zusammenhange mit dem Grundleiden genau zu verstehen im Interesse des Kranken und des behandelnden Arztes liegt.

Bei keiner anderen medizinischen Disziplin bietet sich so günstige Gelegenheit, auf verhältnismäfsig leichte Weise den gesamten klassischen Symptomenkomplex der

Entzündung, die pathologische Anatomie, die Ätiologie, insbesondere den Einfluß des Alters, des Geschlechts, des Klimas und der Jahreszeit, der Heredität, Konstitution, Idiosynkrasie, den Einfluß des Nervensystems, der Diät, Kleidung und sonstigen Lebensweise, der spezifischen Bakterien für die Entstehung, Verschlimmerung und Ausbreitung bestimmter Krankheiten so ausgiebig und eingehend zu studieren, wie bei den Hautaffektionen. Der Vortragende führt die von uns nur angedeuteten Punkte in außerordentlich anregender und belehrender Weise aus.

C. Berliner-Aachen.

Aus Dr. Ledermanns Poliklinik für Hautkrankheiten. Bericht über die Zeit vom 1. Oktober 1891 bis 31. Dezember 1895, von Dr. Berliner. Es wurden in dieser Zeit 2500 Patienten behandelt, davon hatten 233 Ekzem, 207 Skabies, 43 Psoriasis, 283 Blennorrhoea acuta, 89 chron. Blennorrhoe, 238 Syphilis.

In der Behandlung des Ekzems that das Tumenol gute Dienste; in Pastenform 5—10% angewandt, bewirkte es im nässenden Stadium baldige Eintrocknung und Überhornung. Als 10%iger Aetherspiritus oder mit Glycerin und Wasser ā in 10%iger Lösung hebt es den Juckreiz auf.

Bei der Behandlung variköser Geschwüre lobt B. die schmerzstillende Wirkung der Euphorine, Schmerzen, die Patienten am Gehen hinderten, ließen 2—3 Stunden nach Applikation des Mittels nach. Des hohen Preises halber wurde es mit Bismuth. subnitr. ā gegeben.

An Stelle des Jodoforms wird vielfach Natrium sozojodolicum 0,5 zu 3,0 Bismuth. subnitr. gegeben.

Von den Vasogenen hat sich nur das Jodvasogen in den von Leistikow angegebenen Indikationen bewährt. Das von Ledermann eingeführte Resorbin findet ausgedehnte Anwendung, namentlich in Verbindung mit Quecksilber als Unguent. ciner. c. Resorb. Das Präparat riecht und schmutzt nicht und läßt sich leicht verreiben.

Argonin findet in der Behandlung der Blennorrhoe nützliche Anwendung; bei der chronischen Blennorrhoe mit mukösen und submukösen Infiltraten, wird die von Lohnstein angegebene Methode der gleichzeitigen Dehnung und Durchspülung mit bestem Erfolg geübt.

Zum Schluß geben einige ausführliche Krankenberichte ein weiteres Bild von dem regen Schaffen dieser Poliklinik. *L. Hammerschlag-Essen.*

Eine neue Methode der Herbeischaffung von Material für die Hauttransplantationen, von Lusk. (*Méd. Record.* 7. Dezember 1895.) Bei einer sehr ausgedehnten Verbrennung fehlte das zur Transplantation nötige Material. Verfasser versuchte die Reste der Brandblasen als solches zu benutzen. Er weichte sie in warmem Borwasser auf und bepflasterte damit die große granulierende Fläche. Der Erfolg war ausgezeichnet; in sechs Wochen war alles geheilt. Auf Grund dieser Erfahrung empfiehlt der Verfasser durch ein Vesicans sich auch in anderen Fällen Transplantationsmaterial zu schaffen. Einen Fall berichtet der Verfasser. Ein altes variköses Ulcus cruris wurde kurrettiert und, nachdem gute Granulationen aufgewachsen, mit der Decke einer durch ein Vesicans gewonnenen Blase belegt. Die Blase war nach dem Abtragen in Borwasser gewaschen und dann in einer Flasche drei Tage lang bei einer Temperatur von 55—70° F. gehalten. Darauf weichte man sie wieder in Borwasser auf und zerlegte sie in kleine Teile. Auch hier war der Erfolg ein sehr guter. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 6. 15. März 1897.

Bemerkungen über Züchtung und Pluralität der Trichophytonpilze.[1]

Von

P. G. Unna.

M. H.! Es sei mir gestattet, einige Bemerkungen vorzubringen, welche jedoch nur auf die Punkte von prinzipieller Wichtigkeit in der Trichophytiefrage sich beziehen. Ich werde mich des Französischen bedienen, da es ein französischer Kollege ist, der heute den Hauptbeitrag zu diesen Studien liefert. Mein Wunsch ist, dafs meine Ausführungen von Herrn Sabouraud verstanden werden.

I. Keineswegs ist es meine Absicht, bei den verschiedenen Arten der Trichophytiepilze zu verweilen, welche in meinem Laboratorium während der sechs letzten Jahre gezüchtet worden sind, nur über die Arten englischen Ursprunges will ich sprechen.

Um mir ein persönliches Urteil über die in London existierenden Arten der Trichophytie zu bilden, bat ich Herrn Eddowes, mir aus London kranke Haare möglichst vieler Trichophytiekranker zu senden. Frau Dr. Trachsler, Assistentin an meiner Klinik, hat die Züchtungen ausgeführt, indem sie sich meiner Methode der Reinzüchtung mittelst des Alkohols bediente.

Über 14 Fälle verfügte ich. Acht lieferten von vornherein Reinkulturen, die übrigen lieferten überhaupt keine Kulturen.

Von den acht Fällen gehören vier zu dem Typus des Mikrosporon Gruby-Sabouraud, wovon Sie sich überzeugen können, wenn Sie die Kulturen vergleichen mit denen des „Mikrosporon Gruby-Sabouraud“ aus Pariser Trichophytiefällen.

Ein anderer Fall gehört zu dem vor sechs Jahren von den Herren Neebe und Furthmann aufgestellten und scharf begrenzten Typus des „Trichophyton atractophoron“.

[1] Gelegentlich der Diskussion über die Trichophytie auf dem internationalen dermatologischen Kongrefs in London 1896.

Ein sechster Fall gehört zu der nach meiner Ansicht weniger scharf begrenzten Gruppe der „Trichophytons a grappes“ (Sabouraud).

Die Natur der beiden übrigbleibenden Fälle ist für mich im Augenblick noch unentschieden.

Aus den kurz aufgeführten Thatsachen schliefse ich:

1. Die Mehrheit der aus London stammenden Fälle gehört gleichwie in Paris zu der Gruppe des „Mikrosporon Gruby-Sabouraud“.

2. In anderen Fällen scheinen die in London beobachteten Trichophytonarten mit solchen in Hamburg existierenden identisch zu sein. Die Art der Fruktifikation legt diese Auffassung nahe.

II. Die Einteilung aller Trichophytiearten kann vor sich gehen auf Grund von vier Arten von Merkmalen, welche eine Sonderung und eine Zusammenfassung gestatten.

A. Nach den klinisch-makroskopischen Zeichen.

B. Nach den klinisch-mikroskopischen Zeichen.

C. Nach dem makroskopischen Bilde der Kultur.

D. Nach dem mikroskopischen Bilde der Kultur.

Eine Gruppe ist scharf charakterisiert, wenn sie sich in Bezug auf alle vier Arten von Merkmalen von allen anderen Arten unterscheidet.

So finden wir durch alle vier Arten von Merkmalen die Gruppe des Mikrosporon ausgezeichnet gut charakterisiert.

Seine ma- und mikroskopisch-klinischen Merkmale hat Gruby fixiert, seine ma- und mikroskopisch-kulturellen sind von Sabouraud aufgestellt.

Was die mikroskopisch-kulturellen Merkmale anlangt, so kann ich da nur ein einziges, aber sehr zuverlässiges hinzufügen: Die Anordnung der Hyphen in Bündeln (Fascikeln [s. meine Präparate]). Alle Kulturen dieses Typus, die ich kenne, sowohl die aus Frankreich, wie diejenigen, die aus England stammen, haben die Hyphen in dieser Form angeordnet. Drei oder vier Hyphen gehen parallel in Form eines kompakten Bündels zusammen. Der oberflächliche Pilz der Kultur des Mikrosporon wird gebildet von diesen sich durchflechtenden Bündeln, keineswegs von isolierten, sich (Hyphe für Hyphe) durchflechtenden Hyphen.

Da der Charakter der Luftsporen, die auf dem Conidienträger nach Art einer Säge oder eines Kammes angeordnet sind, sich nach Sabourauds Beschreibung nur auf gewissen Nährböden, hauptsächlich auf den mannithaltigen, findet, so glaube ich, dafs das neue Charakteristicum, das allgemeine Gültigkeit hat, sehr von Nutzen sein wird. Die Mikrosporonarten repräsentieren das Genus fasciculatum.

III. Nehmen wir an, dafs verschiedene Fälle von Trichophytie sich in zwei oder drei Charakteren gleichen, aber nicht in allen, so fängt da der Zweifel an und die Notwendigkeit, die Gruppierung zu diskutieren.

Bestimmte Trichophytonfälle gleichen sich z. B. makroskopisch, aber nicht mikroskopisch. Das ist ein Ausnahmefall. Gewöhnlich besteht eine völlige Ähnlichkeit in makroskopischer und mikroskopischer Hinsicht.

Ebenso konnte ich schon aus der makroskopischen Ähnlichkeit der Kulturen meinen Fall Starkjohann von Hamburg identifizieren mit dem Fall 2 aus London. Bei beiden zeigte die mikroskopische Untersuchung die Abwesenheit der Bündelhyphen (Mikrosporon), die Abwesenheit der „grappes“ und die Anwesenheit von Spindeln. Beide gehörten demnach zur Gruppe des Spindeln tragenden Genus atractophoron.

IV. Aber abgesehen von dieser Ähnlichkeit der aus verschiedenen Quellen stammenden Fälle giebt es sehr oft für dieselben auf allen Nährböden konstante, bemerkenswerte Unterschiede.

In diesen Fällen gehören die Pilze zu der gleichen Gruppe, aber sie sind nicht identisch. Sie gehören zu der gleichen Gattung, aber nicht zu derselben Art.

Diese kleinen, aber konstanten Unterschiede treten nirgends so klar hervor, als durch das gemeinsame Wachstum zweier Pilze nebeneinander auf derselben grofsen Platte; eine Methode, deren ich mich als Erster bedient habe, um die Vielheit der Favuspilze zu beweisen.

Frau Dr. Trachsler hat gezeigt, dafs die besten Gefäfse zu diesen Gartenkulturen (cultures en jardin) für die Trichophytonpilze sehr weite Reagiergläser sind. Bei Ausarbeitung der Technik für diese Gartenkulturen zeigte sich, dafs die verschiedenen Nährböden nicht denselben demonstrativen Wert besitzen. Mein Pepton-Lävulose-Agar hat sich als der beste Nährboden zur Demonstration feiner und konstanter Differenzen bewährt.

Sie haben hier z. B. auf Kartoffelagar fünf Kulturen des Mikrosporon (vier englische, eine französische). Sie scheinen identisch zu sein. Auf meinem Pepton-Lävulose-Agar konstatieren Sie hingegen ohne Schwierigkeit kleine Wachstumsdifferenzen, welche dauernd an denselben Pilzindividuen haften.

V. Längere Zeit war verstrichen, seitdem die Vielheit der Trichophytonpilze Thatsache geworden war, als man sich von neuem bemühte, die glücklich errungene Klarheit zu verdunkeln, indem man sich auf die Pleomorphie der niederen Pilze stützte. Vergebliche Anstrengungen!

Die Pleomorphie der Pilze ist eine von uns Pluralisten seit langem gekannte und gewürdigte Thatsache. Keiner wird dieselbe leugnen, der jemals das Wachstum eines Pilzes auf verschiedenen Nährböden beobachtet. Aber demgegenüber mufs jetzt darauf hingewiesen werden, dafs die „Unicisten“ uns niemals den Beweis der Identität für die verschiedenen Kulturen geliefert haben. Und diesen Beweis haben wir ein

Recht von ihnen zu fordern. Wir Pluralisten erkennen die Identität zweier Trichophytiekulturen nicht an, die bei einer systematischen Prüfung auf allen uns bekannten Nährböden irgendwelche von Generation zu Generation wiederkehrende Verschiedenheiten zeigen, welcher Art sie auch seien, während sie auf derselben Platte und auf demselben Nährboden eine grofse Reihe von Generationen hindurch nebeneinander gezüchtet werden.

Unter diesen Bedingungen erbringt man einwandsfrei den Beweis, dafs zwei Trichophytiefälle, welche verschiedenen Gattungen oder auch einer Gattung aber verschiedenen Arten angehören, nicht miteinander identisch sind.

VI. Soweit die differentiell-diagnostischen Merkmale der Kultur ausschliefslich in Betracht kommen, stelle ich die Thesen auf, dafs

a) die Gattung hauptsächlich durch die mikroskopischen Merkmale und speziell die Art der Sporulation gegeben ist,

b) die Art am einfachsten durch die makroskopischen Merkmale der Kultur erkannt wird, da diese viel feiner und reicher im Detail zu sein pflegen.

Die Form der Sporulation hat mehr Wichtigkeit als Krösing glaubt. Ich züchte eine Kultur weiter, welche ich Ihnen jetzt herumgebe, die seit sechs Jahren beständig die Form der Spindelsporulation zeigt, ohne dafs letztere je in die Form der „Spores en grappe“ übergegangen wäre.

Das Vorstehende ist die deutsche Übersetzung meiner Bemerkungen gelegentlich der Trichophytondiskussion auf dem Londoner Kongresse und einer daselbst abgehaltenen eigenen Demonstration von Pilzkulturen und spezifisch gefärbten Kulturschnitten. Inzwischen ist im Novemberheft des vorigen Jahres der *Annales de Dermatologie* eine kritische Revue von Sabouraud über die Trichophytonfrage auf dem Londoner Kongresse erschienen. Mit der diesem Autor eigenen bewundernswerten Schärfe und Klarheit sind in demselben die Londoner Reden und Materialien nicht sowohl einzeln kritisch vorgeführt, als vielmehr insgesamt zergliedert, nach den aus der Sache selbst hervorgehenden Gesichtspunkten sodann übersichtlich geordnet und schliefslich an den wissenschaftlichen, letzten Zielen einzeln gemessen und unnachsichtlich geprüft. Diese Kritik ist ein kleines Meisterwerk, wenn sie auch eine einseitige französische Kritik ist. Sie hat für alle am Studium der Trichophytie Interessierten den Wert eines Originals. Sie wird ein Muster bleiben nicht nur für die kritische Darstellung der Ergebnisse eines wissenschaftlichen Kongresses, sondern auch für die eigentlich notwendige Vorarbeit eines jeden

solchen Kongresses. Vorbildlich wird sie auch bleiben durch die strenge Selbstkritik, welche SABOURAUD übt und welche allerdings das notwendige Gegenstück bilden muſs für eine so strenge Kritik der Mitarbeiter.

Eine gute Kritik ist fruchtbar. Diese ist es aus zwei Gründen; einmal weil sie die Standpunkte und damit die zukünftigen Aufgaben klärt und sodann, weil sie notwendigerweise überall ein kritisches Echo hervorrufen wird.

Aus diesem Grunde kann auch ich dieselbe nicht mit Stillschweigen übergehen und da die Publikation des Obigen sich doch verzögert hat, will ich meine Entgegnung an SABOURAUD gleich hier anschlieſsen, wobei ich von vornherein bemerke, daſs ich fast nur in denjenigen Punkten dissentiere, die ich hier einzeln besprechen werde, im übrigen aber mich ihm durchaus anschlieſse.

1. Wert der Färbung für das Studium der Pilze.

Das wesentlich Neue, was SABOURAUD auf dem Londoner Kongresse lernen konnte und auch unumwunden als Fortschritt anerkannt hat, waren die von MALCOLM MORRIS mit Hülfe seines Präparators, Herrn COLHOUN, hergestellten und vorgeführten gefärbten Trichophytonhaare. Dieselben zeigten ohne Weiteres, daſs manche früheren Angaben von SABOURAUD über das Verhalten des Mikrosporon GRUBY-SABOURAUD zu berichtigen seien. SABOURAUD will also das Studium gefärbter Haare zukünftig den bisherigen Methoden angereiht wissen. Aber er schreibt dieser zuerst in Deutschland ausgebildeten Methode doch nur eine beschränkte Anwendungsfähigkeit zu und dieses ist ein Punkt, in welchem ich abweichender Ansicht bin und meinen Standpunkt motivieren muſs.

SABOURAUD sagt: „Pour toutes les études d'ensemble d'un parasite, „les moyens actuels de coloration sont également à rejeter. Quand les „manipulations, qu'elles exigent ont respecté les rapports du parasite et „du cheveu, la masse colorée est souvent impénetrable à l'oeil. Quand „ces manipulations au contraire ont dissocié le parasite et le cheveu, les „rapports de l'un et de l'autre sont tellement troublés qu'on peut ne plus „savoir quel parasite on a sous les yeux."

Ich finde gerade umgekehrt, daſs bei keiner Darstellung der Haarpilze das Verhältnis von Haar und Pilz so sehr geschont wird und so klar zur Anschauung gelangt, wie bei der Färbung mit Gentiana-Jod und der Entfärbung mittelst der von mir und anderen angegebenen komponierten Aniline. Nur die einfache Betrachtung in Glycerin kann an Schonlichkeit mit dieser Methode wetteifern; wo diese nicht ausreicht und man früher gezwungen war, zur Dissociation und Aufhellung durch Kali- oder Natronlauge zu greifen, da wird gerade dieser Zusammenhang von Haar und Pilz, auf den SABOURAUD mit Recht Gewicht legt, viel mehr

gestört, als bei der genannten Färbung. Was sollte denn auch hier dissociierend und macerierend wirken? Die anfängliche Entfettung der Haare durch Äther und Alkohol gewiss nicht; dann bringt man das Haar auf den Objektträger, fügt successive einen Tropfen der Gentiana-Anilin-, der Jod- und der komponierten Anilinlösung hinzu, wobei das Haar immer zwischendurch abgetrocknet wird. Alle diese Flüssigkeiten erweichen und macerieren weder Haar noch Pilz, höchstens könnte man die Manipulation des Abtrocknens im Verdacht haben, da dieselbe gewöhnlich im Aufdrücken von Löschpapier besteht. Aber eine dreijährige Praxis in meinem Laboratorium hat bewiesen, dafs ein solcher Verdacht, wenigstens für die Favushaare und die in Hamburg vorkommenden Trichophytiehaare unbegründet ist. Solch' dicke Pilzscheiden wie beim Pariser und Londoner Mikrosporon kommen allerdings hier nicht vor und es wäre ja möglich, dafs beim Mikrosporon der Druck des Löschpapieres ähnlich dislocierend wirken könnte, wie früher die erweichenden Alkalien samt Druck des Deckglases. Aber dann hat man nur nötig, die ersten beiden Flüssigkeiten am Rande des Haares einfach abzusaugen und den Rest spontan oder rasch über der Flamme eintrocknen zu lassen, während das Anilin durch Xylol fortgenommen wird. Keineswegs kann ich nach meiner nicht geringen Erfahrung auf diesem Gebiete zugeben, dafs eine gründliche Entfärbung des Haares auf dem angegebenen Wege die Beziehungen von Pilz und Haar stört. Gerade im Gegenteile; man wird diese Methode, welche ja nicht so einfach ist, wie der Zusatz von Glycerin oder Kalilauge, überall dort nicht entbehren können, wo es sich darum handelt, das Verhältnis der im Innern des Haares verlaufenden Hyphen zu den Sporen, ferner die feineren Strukturverhältnisse der im Innern des Haares verlaufenden Pilzbestandteile und endlich die nicht weniger interessante Degeneration der Haarzellen durch die Pilzwucherung zu studieren. Denn bekanntlich wird auch diese erst durch die Färbung in ihrer Ausdehnung und Intensität deutlich gemacht.

Aber dieses sind nicht die einzigen Vorzüge der Färbungsmethode. Es existiert noch ein sehr wichtiger und auch dieser scheint mir von SABOURAUD noch nicht genügend erkannt zu sein. SABOURAUD sagt nämlich: „Enfin je puis affirmer encore que certains rameaux mycéliens ne se colorent pas dans le même cheveu où d'autres rameaux se colorent." In dieser anscheinend unregelmäfsigen Färbung erblickt SABOURAUD also offenbar eine Unvollkommenheit der Methode und doch ist gerade dieser Umstand vielleicht der gröfste Vorteil, den die Methode gewährt. Denn dieselbe zeigt mit gröfster Regelmäfsigkeit alles gefärbt, was am Pilze noch lebendig ist. Hyphenfäden, aus denen das lebendige Protoplasma geschwunden ist, färben sich nicht mehr. Diese feinen Unterscheidungen sind ohne Färbungen sehr schwer und im Innern des Haares gar nicht

zu machen. Um sich hiervon zu überzeugen, möchte ich SABOURAUD ersuchen, einmal systematisch die Favushaare in der angegebenen Weise zu färben. Denn das Phänomen der Unfärbbarkeit der Hyphen findet sich an den Favushyphen im Innern des Haarschaftes regelmäfsig und in viel gröfserer Ausdehnung als bei Trichophytonhaaren. Bekanntlich hat vor noch nicht sehr langer Zeit ein englischer Forscher deshalb die „sog. Pilzfäden" der Favushaare samt und sonders für Luftfäden erklärt. Das sind sie nun nicht, aber in jedem gut gefärbten und entfärbten Favushaare, trifft man neben durchaus gut gefärbten, normal aussehenden Hyphen eine Anzahl von geschrumpften Hyphen, in denen das Protoplasma anfängt einzutrocknen und sich von der Wandung zurückzuziehen und weiter eine Reihe von Luftkanälen, welche nur noch unfärbbare Reste der Pilzhyphen enthalten. Hier kann man gerade durch die Färbung — und nur durch die Färbung — den Gang der Pilzdegeneration verfolgen und zeigen, dafs, wo der Pilz sich nicht gefärbt hat, auch kein normaler Pilz mehr vorliegt. Selbstverständlich mufs man die Färbemethode beherrschen und nicht etwa zu schwach färben: es ist vielleicht nicht überflüssig, zu bemerken, dafs in meinem Laboratorium gerade die in ihrer Textur noch wohlerhaltenen, pilzhaltigen Favushaare stets mit dem Gentianatropfen einen Augenblick über der Flamme erhitzt werden; es bleiben dann auch im Innern des Haares sicher keine lebendigen Hyphen ungefärbt. „Défauts, lacunes de la méthode", welche man nach SABOURAUD kennen mufs, um sie zu eliminieren, sind mir also bisher nicht bekannt geworden, und ich kann nur wünschen, dafs diese in erster Linie deutsche Methode, welche unter den Händen von MORRIS, FOX und anderen auch in England zur herrschenden geworden ist, recht bald auch in Frankreich zur Lieblingsmethode werden möge.

2. Der einheitliche Nährboden der Zukunft.

Vollkommen unterschreibe ich den Satz von SABOURAUD:

> „L'oeuvre la plus utile du Congrès eût été certainement l'adoption d'un milieu de culture commun et conventionel devant servir d'unité."

Aber welcher Nährboden ist der richtige? Ein jeder Forscher auf diesem Gebiete wird zunächst den seinigen, denjenigen, auf welchem er seine Resultate erzielte, für den geeignetsten halten. Ein jeder Besonnene wird aber im Interesse der Vergleichbarkeit der Studien aller Forscher zu einem Opfer in dieser Richtung bereit sein, vorausgesetzt dafs der anderweitig vorgeschlagene Nährboden ein für unsere Zwecke nachweislich besserer ist. Der Wahl eines international anerkannten Nährbodens mufs mithin eine Verständigung der verschiedenen Forscher über den eigentlichen Zweck desselben vorhergehen und

wenn dieser festgestellt ist, mufs erst die Frage beantwortet werden, ob ein einziger Nährboden dem anerkannten Zwecke genügt.

Alle sind darin einig, dafs die leichtesten Veränderungen des Nährbodens genügen, Form und Aussehen der Kulturen zu verändern und so wird es nicht schwer sein, für jede Trichophytonart durch zahlreiche Versuche denjenigen herauszufinden, auf welchem derselbe ein maximales Wachstum zeigt. Es ist aber wenig wahrscheinlich, dafs derselbe Nährboden nun bei jeder folgenden Species ein maximales Wachstum zeitigt. Nach meinen bisherigen Erfahrungen ist sogar das Gegenteil der Fall, wenn diese Erfahrungen auch zum gröfsten Teile bei verschiedenen Favusarten gewonnen sind; vielleicht besitzen die Trichophytonarten einen einheitlicheren Geschmack.

Vorausgesetzt nun, wir hätten einen Nährboden gefunden, welcher bei sämtlichen bekannten Trichophytonarten ein maximales Wachstum garantiert, wäre dieses nun der zu erstrebende, internationale einheitliche Boden? Ich glaube nicht. Denn ich habe bei der Analyse der Favus- und Trichophytonarten immer wieder die Erfahrung gemacht, dafs auf solchen besonders „guten" Nährböden mit üppigem Wachstum die feineren Unterschiede der Arten verwischt sind und erst wieder hervortreten, wenn man etwas weniger „gute" Nährböden benutzt, z. B. solche mit reichlichem, aber weniger vollkommen assimilierbaren Nährmaterial. Es scheint, dafs erst im „Kampfe ums Dasein" die feineren Differenzen der Arten uns grobsinnlich wahrnehmbar werden. Deshalb bin ich schon seit mehreren Jahren für Favus und Trichophyton auf einen Nährboden von mittlerer „Güte", aber vorzüglicher „Differenzierungskraft" zurückgegangen, den bekannten Pepton - Lävulose - Boden, Sollte SABOURAUD, welchem die feinere Differenzierung der Pilzarten ebenso am Herzen liegt wie mir, nicht mit mir darin einverstanden sein, dafs der zu erstrebende Einheitsboden derjenige sein müfste, der alle bekannten Arten am deutlichsten schon makroskopisch zu differenzieren erlaubt? Ich halte es auch für durchaus wahrscheinlich, dafs wenn die Annahme eines solchen Nährbodens allgemein als zweckmäfsig erachtet wäre, bei der Auswahl eines solchen die Erfahrung zeigen würde, dafs für manche Zwecke ein einziger Nährboden nicht genügt.

SABOURAUD schlägt in seiner Revue folgenden einheitlichen Nährboden für die Trichophytonarten vor:

Aqua destillata	100 g
Glycerin. neutr. redestillat.	4 „
Peptone granulée de Chassaing (Paris)	1 „
Agar	1 „ 40.

den er für „non pas excellent et compliqué, mais suffisant et simple"

hält. Hierin fällt mir nur der Ausdruck „suffisant“ auf. Es sollte heifsen: „assez défavorable.“ Denn kurz vorher unterscheidet SABOURAUD bei Aufzählung der „conditions exigibles“ für die Züchtung der Trichophytonarten „un milieu favorable (hydrocarbures)“ und demgemäfs bei Aufzählung der „vices de technique“ ein „ensemencement sur milieux défavorables (très azotés).“ Ich mufs daraus schliefsen, dafs SABOURAUD seinen eigenen Einheitsboden, welche gar keine Zuckerart, dagegen einen mäfsigen Peptongehalt enthält, selbst für „assez défavorable“ hält, mithin genau das von mir befolgte Prinzip festhält, zur Differenzierung keinen zu üppiger Entfaltung des Pilzes Anlafs gebenden Boden zu benutzen. Aber weshalb sagt der sonst so musterhaft klare und präcise SABOURAUD hierüber nichts? Und weshalb nennt er kurzweg einen Peptonboden „suffisant“, wenn von ihm eben vorher ein stark peptonhaltiger, zuckerloser Nährboden für Trichophyton als „vice de technique“ charakterisiert wurde?

3. Wert der botanischen Forschung für die Dermatologie.

SABOURAUD möchte die Frage der botanischen Klassifikation der Trichophytonpilze nicht den Botanikern überlassen. Er liebt solche Waffenstreckung nicht.

> „D'abord après tout le travail accompli par nous, c'est vraiment laisser la part trop belle aux mycologues que leur fournir des pièces suffisantes pour conclure et attendre leurs conclusions“.

Dieser stolze Ausspruch ist gewifs in keines Menschen Munde gerechtfertigter als in dem von SABOURAUD, welcher in kurzem Anlauf uns eine gewaltige Strecke dem Ziele einer botanischen Erkenntnis der Trichophytonarten näher gebracht hat. Immerhin gibt er zu, dafs ich vielleicht doch mit meiner „vorläufigen“ Klassifikation der Trichophytonarten in ein „genus fasciculatum“, „atractophoron“ u. s. w. nicht so Unrecht habe.

Hier bin ich SABOURAUD eine Erklärung für meinen resignierten Standpunkt in dieser Frage schuldig. Als ich 1887 mit der Züchtung der Hautpilze begann, war ich ganz seiner Meinung und hielt es für unsere vornehmste Aufgabe, die „wahre“, aufsermenschliche Form der pathoforen Pilze zu erforschen und setzte mich zu diesem Zwecke mit verschiedenen Botanikern in Verbindung. Aber schon 1888 hatte ich zweimal ein eingehendes Gespräch über diesen Gegenstand mit unserem ersten Pilzforscher der Gegenwart, mit BREFELD, und kam infolgedessen ganz von dieser Anschauung zurück. Kein Geringerer als BREFELD machte mir klar, dafs uns Hautforschern die bisherigen botanischen Kenntnisse garnichts nützen könnten, dafs aber andererseits auch die Botaniker unsere Resultate durchaus nicht ohne weiteres zu verwerten im stande seien. Wie recht BREFELD hatte, ist mir später immer klarer geworden.

Eine Pilzgattung, die bisher in der freien Natur vegetiert und dann sich allmählich auf Mensch und Tier akklimatisiert, bequemt sich damit so ungemein abweichenden Existenzbedingungen an, dafs ihre morphologischen und physiologischen Eigenschaften sich von Grund aus ändern müssen. Es ist von vornherein fraglich, ob wir sie wieder an eine aufsertierische Existenz dauernd gewöhnen können und ebenso fraglich, ob sie dann wieder einen Rückschlag in die alten Bahnen oder ganz neue Akklimatisationserscheinungen aufweisen wird.

Ich vermag in allen Versuchen, die Trichophyton- und Favusarten auf botanisch bekannte Arten der freien Natur zurückzuführen, gar nicht mehr einen so grofsen theoretischen Gewinn (ein praktischer Nutzen dieser Studien ist wohl nie behauptet worden) zu sehen und möchte vorschlagen, dafs SABOURAUD seine kostbare Zeit nutzbringenderen Studien zuwenden möchte. Besonders gerade SABOURAUD, dem wir zwei Thatsachen von praktischem Werte verdanken, welche sich gar nicht mit seinen Bemühungen in Einklang setzen lassen, das „wilde Trichophyton" irgendwo in Wald und Flur aufzustöbern. SABOURAUDs Studien verdanken wir die fundamentale Thatsache in erster Linie, dafs fast alle Trichophytonarten (abgesehen vom Mikrosporon) des Menschen mit dem Trichophyton der Tiere identisch sind; die Erkrankungen der Menschen stammen daher unmittelbar oder mittelbar von den Haustieren, da bei diesen die Trichophytonarten noch zahlreicher sind und der Mensch sich eher vom Tiere infiziert, als das Tier vom Menschen. Seitdem ist die Trichophytie des Menschen nur noch eine kleine Kolonie des Trichophytonstammsitzes beim Tiere und wenn noch weitere Ahnen gesucht werden sollen, so ist das mehr Sache der Veterinaire als der Ärzte.

Zweitens hat SABOURAUD in ausgedehnter Weise Trichophytonarten auf toten Nährsubstraten, wie sie in Wald und Feld vorkommen, so auf altem Holze zum Wachstum gebracht. Ist da nun die ursprüngliche Form, die „höhere" Form in botanischem Sinne zur Erscheinung gekommen? Durchaus nicht. Die Charaktere blieben dieselben wie auf Haar und Agar.

Ich bin mit SABOURAUD der Meinung, dafs wir den Botanikern nichts schenken sollen, wie diese uns nichts schenken können. Ich bin aber weiter der Ansicht, dafs Dermatologen und Botaniker ganz getrennt marschieren sollen, dafs jedes Suchen nach botanischen Analogien uns nur von unserem Wege ablenkt. Vielleicht findet sich schliefslich noch einmal eine Brücke zwischen beiden Wegen; das müssen wir dem Zufall und der Zukunft überlassen. Einen besonderen Wert für das Studium und die Erkenntnis der menschlichen Trichophytie kann ich diesem Glücksfall nicht beilegen.

Hiernach versteht SABOURAUD wohl meine Gründe zu würdigen,

weshalb ich mich nach „vorläufigen“ Klassifikationsprinzipien umsehe, wie: Fruchtorgane, Wachstum in Bündeln etc. Auf diesem Felde steht uns bei sorgfältigem Ausbau unserer Methoden noch eine reiche Ernte bevor und ich benutze diese Gelegenheit, um SABOURAUD gegenüber wieder ein Wort für die deutsche Färbemethode der Kulturschnitte einzulegen. Wie FOX und MORRIS durch Färbung der Mikrosporonhaare SABOURAUD allerlei neue Thatsachen über das Mikrosporon zeigen konnten, so demonstrierte ich ihm die auf jedem Kulturschnitt auffallend hervortretende Disposition der Hyphen in Bündeln bei den fünf von mir untersuchten Mikrosporonfällen.[2] Auch diese so einfache Untersuchungsmethode möge sich bald als gleichberechtigt in Paris einbürgern.

4. Pleomorphie und Kommensalismus.

Ich verstand bisher unter Pleomorphie jede auffällige makroskopische oder mikroskopische Veränderung, welche im Pilz unter neuen äufseren Bedingungen annimmt und unter Fortdauer derselben Bedingungen beibehält. Ich bin aber gern bereit, wenn SABOURAUD es für historisch-botanisch richtiger hält, diese Eigenschaft der Pilze als Variationsfähigkeit, Variabilität in Zukunft zu bezeichnen. Für einen Fall „wahrer Pleomorphie“ erklärt SABOURAUD dagegen die auf alten Kulturen zuweilen auftretenden, wolligen, weifsen Lufthyphen, in denen sich durch Verschmelzung hier und da den Askosporen ähnliche Gebilde zeigen, also derjenige Vorgang, den SABOURAUD früher als eine besondere und sehr störende Eigenschaft der Trichophytonpilze bezeichnete, nämlich als Kommensalismus. In seiner Revue nimmt jetzt SABOURAUD seine Lehre vom Kommensalismus feierlich zurück und mir damit nebenbei auch einen Stein vom Herzen.

Denn die ganze Lehre vom Kommensalismus hatte ich vom ersten Male, als ich von derselben las, für einen gefährlichen Irrtum gehalten, gefährlich, da er von einem Manne von solchen Verdiensten wie SABOURAUD ausging. Um meine Idiosynkrasie gegen den Kommensalismus zu verstehen, mufs ich eine kleine Geschichte einflechten. Im Jahre 1890 impfte mein damaliger Assistent, der leider so früh verstorbene Dr. VON SEHLEN, alle bis dahin in meinem Laboratorium gezüchteten Hautpilze auf einen Brodnährboden in ungewöhnlich grofsen ERLENMEYERschen Kolben, um besonders grofse Kulturen zu erhalten. Diese sollten nach erlangter Ausbildung abgetötet werden, um als Kulturmuster verglichen und aufbewahrt werden zu können. In der (falschen) Idee, dafs die Pilze unter Petroleum nicht wachsen könnten, wurden alle fertigen Kulturen bis an

[2] Hierunter stammte eine von SABOURAUD selbst aus Paris, die vier anderen aus London. Dafs ich in London auch eine deutsche Mikrosporonart demonstriert habe, ist ein Irrtum. Bis jetzt ist mir in Hamburg das Mikrosporon nicht aufgestofsen.

den Rand der Kolben mit Petroleum gefüllt, welchem zur Verhinderung der störenden Fluorescenz Nitrobenzol zugesetzt war. Eine Zeit lang ging alles gut; die Kulturen sahen wunderhübsch aus und zeigten auffallend frische Farben. Dann mit einem Male begann erst in einem Kolben, dann in einem anderen u. s. f. zu unserem gröfsten Erstaunen eine weifse Wolke zarter Pilzfäden aufzuschiefsen, ausgehend von den Kulturrasen und sich in das Petroleum zu erheben. Anfangs glaubten wir, in einigen Kolben sei das Brodmaterial nicht genügend sterilisiert gewesen und es handele sich um Verunreinigungen durch Brodpilze, obwohl auch dann noch das Wachstum ins Petroleum hinein sonderbar genug war. Wir überzeugten uns aber bald, durch Impfung und sonstige Untersuchung, dafs es sich um seltsame, der Submersion in Petroleum eigentümliche, pleomorphe Bildungen der Kulturen selbst handelte. Denn wenn, was nicht immer der Fall war, die Impfung mit diesem weifsen Fadengespinst anging, wuchsen Kulturen heraus, welche sich genau wie die Originalkulturen verhielten. Zudem waren diese pleomorphen Bildungen im feineren Detail verschieden; hier sprofsten dicke wollige Massen, dort zarte Federn, hier strebte die Kultur steil in die Höhe, dort lagerte sie Schicht auf Schicht auf die alte Kultur ab. Allmählich erschienen in den immer dicker werdenden weifsen Massen auch dunkelgrüne, braune und schwarze Punkte, jene von SABOURAUD erwähnten, Ascosporen ähnlichen Gebilde und verdrängten in einigen Kolben die weifsen Massen zum grofsen Teile. Nach mehreren Monaten boten meine Petrolarien mit ihren mifsgestalteten Kulturen und den im Petroleum schwimmenden zarten, weifsen Wolken ebenso überraschende wie anziehende Bilder. Nach zwei Jahren hatten die pleomorphen Massen die ganzen Kolben ausgefüllt, das Petroleum fast ganz verdrängt, resp. vielleicht verbraucht und repräsentierten nun dichte, holzigfeste, weifse, schwarz gesprenkelte Massen, die mehr als das zwanzigfache an Volumen als die ursprünglichen Kulturen samt ihrem Brodboden besafsen. Da fiel eines Tages die ganze Herrlichkeit dem Reinlichkeitstriebe zum Opfer, was ich später sehr bedauerte, als SABOURAUD über den Kommensalismus schrieb. Denn ich hatte Jahre lang die jetzige „Pleomorphie“ SABOURAUDS in einer Grofsartigkeit beobachtet, wie sie vielleicht nirgends bisher zur Erscheinung gekommen ist und mich dabei sicher überzeugt, dafs diese weifsen Massen Abkömmlinge des Pilzes selber sind und durchaus keine Kommensalen. Wo sie mir mithin später vorkamen, hatte ich niemals ein Arg und dachte gewifs nie daran, dafs diese unschuldigen Produkte einer künstlichen Kultur in der Frage nach der Unität oder Pluralität der pathoforen Pilze Verwirrung stiften könnten.

Das aber haben sie offenbar eine Zeit lang gethan. Da sie SABOURAUD, ehe er sie jetzt richtig deutete, als vermutliche Kommensalen genierten

und er einen beständigen Krieg mit ihnen führte, glaubte er auch in ihen die Angriffswaffe der Unicisten gegen seine pluralistische Ansicht zu entdecken und meinte, dafs, wenn man sie technisch vermiede, alle sich zu Pluralisten bekehren würden. Aber viel früher, als SABOURAUD die Lehre vom Kommensalismus aufstellte, waren gegen die hamburger Lehre von der Pluralität der Trichophyton und Favuspilze, schon Einwände gemacht worden auf Grund der Pleomorphie der Pilze im Sinne ihrer durch veränderte Ernährungsbedingungen erzeugten Variabilität. Und diese Einwände blieben bestehen auch nach Aufstellung des Kommensalismus und werden bestehen bleiben, nachdem SABOUBAUD den Kommensalismus selbst zu Grabe getragen und durch die Lehre von der Pleomorphie der „Mucedinée simple" zur „Mucedinée agregée" ersetzt hat. Diese weifsen wolligen Massen auf alten Kulturen können schon deshalb dem Unicismus mit seiner Annahme unbeschränkter Variabilität nicht Vorschub leisten, weil sie viel uniformer sind als die Originalpilze selbst, nämlich anfangs stets weifs mit dunklen Einsprengungen. Diese Art von „Variation" hat auch der Unicismus nicht von selbst gegen den Pluralismus ins Feld geführt; sie kann nach keiner Seite verwendet werden. Der Pluralismus sucht vielmehr seine Waffen in der thatsächlichen, leicht erzeugbaren und stets bekannten Variabilität und hier kann er nur erfolgreich zurückgewiesen werden durch eine einzige Demonstratio ad oculos, wie ich sie in London in meiner Methode der Gärten eingeführt habe. Die zwingende Beweiskraft dieser — SABOURAUD verzeihe mir das Wort — deutschen Methode hat SABOURAUD selbst in London und in seiner Revue anerkannt. Was im selben Glase, friedlich nebeneinander wachsend, fort und fort seine ursprünglichen Verschiedenheiten bewahrt, das kann nicht identisch sein.

Zum Schlusse noch ein Wort über einen Ausspruch SABOURAUDS, den ich mir nicht erklären kann. SABOURAUD sagt, dafs die pleomorphen Formen, seine früheren Kommensalen, hauptsächlich durch einen Überschufs an Stickstoff erzeugt werden, dafs dagegen die Zuckerarten die ursprüngliche Form des Trichophyton erhalten. Wie kommt es denn aber, dafs SABOURAUD als Erster soviel mit diesen Formen zu kämpfen hatte, bis er sie überwinden lernte und doch hauptsächlich und früher fast ausschiefslich die Trichophytonarten auf Zuckernährboden züchtete? Und wie kommt es, dafs wir, die wir in Deutschland die Trichophytie stets auf peptonreichen und zumeist auch zuckerarmen Nährboden züchteten, diese pleomorphen Bildungen verhältnismäfsig so selten sahen? Wie war es möglich, dafs auf meinem von Petroleum durchtränkten Brodboden diese Formen eine gigantische, sonst nie beobachtete Gröfse erreichten? Mir scheint der Stickstoff am wenigsten zu ihrer Erzeugung notwendig zu sein.

Indem ich schliefse, betone ich noch einmal, dafs ich abgesehen von diesen Punkten, mit SABOURAUD in allem, soweit mir selbst bisher Erfahrungen vorliegen, übereinstimme und jedem Dermatologen seine Revue dringend zur Lektüre empfehle.

Aus der Praxis.

Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Merkurialerkrankungen.

Von

Dr. A. LIEVEN in Aachen.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 16. Januar 1895 hat O. ROSENTHAL in verdienstvoller Weise eine Zusammenstellung der bekannten Merkurialexantheme gegeben. Er hat hieran die Mitteilung einiger Krankengeschichten geknüpft, welche geeignet sind, die Thatsache zu illustrieren, dafs der Merkur in seltenen Fällen die Widerstandsfähigkeit der Hautgefäfse herabzusetzen vermag. Er berichtet von drei Fällen, in denen es zu mehr oder minder ausgedehnten Hämorrhagien in der Haut nach dem Gebrauch von grauer Salbe gekommen war. Frühere Beobachtungen, wie sie u. a. von G. MAYER im hiesigen ärztlichen Verein mitgeteilt wurden, haben denselben Einfluſs des Hg auf die Lungengefäfse dargethan, so dafs bei Phthisischen, welche an Lues leiden, die Überwachung seitens des Arztes während einer Quecksilberkur eine besonders sorgfältige zu sein hat. Es lassen sich nur so Anfälle von Lungenblutungen mit Sicherheit vermeiden. Auch ist von demselben Autor auf die Möglichkeit einer Apoplexie beim Gebrauch von Quecksilber in Fällen luetischer Erkrankung der Hirngefäfse aufmerksam gemacht worden. Selbstverständlich wird durch solche Bedenken der Gebrauch des Quecksilbers, in letzterem Falle besonders gleichzeitig mit Jodverordnung, nicht kontraindiziert.

Es sei mir nun erlaubt, Ihnen einen Fall von Gefäfsruptur infolge Hg-Gebrauchs mitzuteilen, der für die Kenntnis der Quecksilberkrankheiten nicht ohne Interesse sein dürfte.

Mr. P., England, 36 Jahre alt, hat sich im Januar 1893 infiziert und wurde gleich danach mit Hg innerlich behandelt. Über die Menge des genommenen Quecksilbers und das Präparat weifs Patient nichts anzugeben. Patient befindet sich seit einem Monat in Aachen, wo er bereits 29 Einreibungen à 5 g Ung. ciner. und täglich 1 Schwefelbad erhalten hat. Am 21. April 1895 tritt Patient in meine Behandlung ein, am 30. Tage seines Aufenthalts. Patient ist ein kräftiger, stattlicher Mann mit

mäßigem Fettpolster. Beiderseits finden sich rosenkranzförmige Schwellungen der Inguinal- und Nackendrüsen. Beide Cubitaldrüsen bohnengroß. Innere Organe normal. Psoriasis palmaris et plantaris. Sonst ist die ganze Decke intakt. Urin zucker- und eiweißfrei.

Verordnung: Fortsetzung der Allgemeinkur und Behandlung der Hände und Füße mit Sublimatkollodium. Nachdem 40 Einreibungen beendet, und die Hände und Füße geheilt sind, wird Patient entlassen mit einer Mitteilung an seinen Arzt, ihm zu Hause noch Jodkalium zu verordnen. Während der letzten 14 Tage seines Aufenthaltes bemerkte Patient in der Furche zwischen Malleolus externus und Achillessehne eine leichte Schwellung, welche ihn beim Gehen etwas behinderte. Patient teilte mir mit, daß er als Knabe von 12 Jahren durch Umschlagen des Fußes eine Verstauchung gehabt habe, wobei speziell dieselbe Stelle schmerzhaft gewesen sei. Später hat Patient davon nie wieder etwas gefühlt. Ich nahm an, er hätte den Fuß vielleicht etwas überanstrengt, da er ein Freund von den Spaziergängen im etwas hügeligem Terrain unseres Waldes war, und verordnete ich Ruhe und eine Flanellbinde. Nach Beendigung der Kur besserte sich erst der Zustand, wie Mr. P. mir aus England mitteilte.

Am 27. August 1894 stellte sich Patient wieder ein, diesmal mit Papeln auf dem Zungenrücken und einer gummösen Ulceration der rechten Ferse. Therapie: Bäder und 5 g Ung. ciner. pro die als Inunktion. Daneben erhält Patient 1 g Kal. jodat. pro die. Unter dieser Behandlung und Pinselung der Zunge mit Sublimatspiritus, sowie Sparadrap de Vigo auf die Ulceration am Fuß, schnelle Heilung. Nach 30tägiger Behandlung verläßt Patient Aachen mit der Weisung zu Hause sofort noch 10 Einreibungen à 5 g zu machen, sowie noch 30 g Kal. jodat. zu nehmen. Ungefähr nach der 25. Einreibung klagte Patient wiederum über Schmerzen an der Außenfläche der Achillessehne. Genau an derselben Stelle, wie das letzte Mal, teigige circumskripte Schwellung von etwa Zehnpfennigstückgröße, welche von unveränderter Haut bedeckt und auf Druck empfindlich ist. Nach beendeter Kur bildet sich die Schwellung von selbst zurück.

Am 11. April 1895 trifft Patient mit einer über den ganzen Rumpf und die oberen Extremitäten verbreiteten Rupia ein. Die einzelnen Geschwüre differieren zwischen Fünfpfennig- und Zweimarkstückgröße. Mit Rücksicht auf den hartnäckigen Charakter seiner Lues erhält Patient nun noch 50 Einreibungen à 5 g Ung. ciner. und bessert sich unter dieser Behandlung und täglichen Thermalbädern völlig. Nach der 30. Inunktion läßt mich der Patient eines Tages wegen heftiger Schmerzen am rechten Fuße rufen. Ich konstatiere genau an derselben Stelle, wo sich die beiden letzten Male Schmerz und Schwellung gezeigt hatte, eine etwa kirschgroße, gerötete, auf Druck und beim Gehen sehr empfindliche Beule von weicher Konsistenz, aber ohne Fluktuation. Ich verordnete eine Jodjodkaliumsalbe, elastischen Verband mit Flanellbinde und Ruhe. Nach einigen Tagen stellte sich eine Verfärbung der Geschwulst ein, welche erkennen ließ, daß es sich um einen Bluterguß in das Unterhautbindegewebe gehandelt hatte; sie zeigte alle Farbennüancen vom dunkeln grün bis gelb. Nunmehr gewann ich die Überzeugung, daß die Affektion mit der angewandten Therapie zusammenhängen müsse, und erinnerte mich der eingangs erwähnten Thatsachen aus der Litteratur. Herr Geh. Rat Mayer, den ich zur Konsultation bat, bestätigte meine Diagnose. Wir verordneten dann gemeinsam feuchte Bleiwasserverbände, worunter die Geschwulst trotz der fortgesetzten Behandlung mit Hg langsam resorbiert wurde, ihre Schmerzhaftigkeit aber noch ziemlich lange nach der beendigten Kur behielt.

Es handelt sich also in diesem Falle um einen Patienten, der durch

Verstauchung einen Locus minoris resistentiae erworben hat, während er sich sonst einer kräftigen Konstitution erfreut. Gerade diesen schwachen Punkt sucht nun das Hg aus, um seine erschlaffende Wirkung auf die Ganglien der Gefäfswandungen daselbst zu bethätigen (LEWIN). Es illustriert dies die Anschauung ROSENTHALS (l. c.), dafs langwierige Erkrankungen, insbesondere beim weiblichen Geschlecht Anämie und Chlorose, zu merkurieller Erkrankung des Gefäfssystems insofern disponieren, als sie seine Widerstandskraft lähmen; dort die herabgesetzte Ernährung oder Toxine, welche den genannten Prozefs begünstigen, in unserem Falle das überstandene Trauma.

Es zeigt der Fall ferner, dafs nicht nur an Lungen-, Gehirn- und Hautgefäfsen merkurielle Veränderungen vorkommen, sondern dafs unter besonderen Bedingungen auch einmal an jeder Stelle eine Blutung auftreten kann. Je nach der Lokalisation derselben ist sie dann für den Befallenen mehr oder minder bedeutsam; damit glaube ich es rechtfertigen zu können, wenn ich den Fall veröffentliche.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 14. Januar 1897.

(Originalbericht von L. WICKHAM-Paris.)

Behandlung ausgedehnter Lupusherde des Gesichts. Herr NÉLATON stellt zwei Patienten vor mit über das ganze Gesicht verbreitetem Lupus. Alle therapeutischen Mafsnahmen waren erfolglos geblieben. Erst nach energischer Auskratzung in der Chloroformnarkose in dem einen, nach gründlicher Galvanokauterisation in dem anderen Falle trat merkliche Besserung ein.

Herr BROCQ ist auch der Ansicht, dafs solche schwere Lupusfälle chirurgisch behandelt werden müssen, wie dies für die Extremitäten und den Rumpf stets zu geschehen pflegt,

Herr DU CASTEL macht auf die Entstehung entstellender Keloide nach der Kauterisatian aufmerksam. Auch bei dem einen der beiden Patienten von NÉLATON kam es zur Entwickelung von solchen.

Fall von Telangiektasien in multiplen Plaques, Herr BROCQ. Die 59jährige Patientin hatte mit 21 Jahren Syphilis durchgemacht. Einige Monate nach der Menopause traten, zuerst am linken Unterschenkel und hierauf am Oberschenkel, lebhaft rote Flecke auf, die zunächst nur ganz langsam an Umfang zunahmen. Erst als die Patientin im Alter von 50 Jahren von einer schweren Influenza mit Pleuropneumonie befallen wurde, wurden die Flecke zahlreicher, so dafs sich zur Zeit der Vorstellung auf beiden Beinen eine ganze Menge derselben zeigten; ihre Farbe

variiert vom bläulich bis lebhaft Roten. Die meisten verschwinden bei Fingerdruck und besonders beim Auseinanderziehen der Gewebe; andere jedoch behalten eine gelbliche Färbung. Alle bestehen aus ganz feinen Telangiektasien, ragen über das umgebende Hautniveau nicht empor und liegen auch nicht unter demselben. Die meisten haben eine ovale Form (die kleineren sind rundlich) und ziemlich scharfe Grenzen. Ihre Größe wechselt von einem Stecknadelkopf bis zu einem 50-Centimes-Stück und darüber. Am zahlreichsten sind sie an der inneren mittleren Partie des rechten Oberschenkels, und im ganzen sind deren circa 400 auf beiden Beinen vorhanden. Einige tragen auf ihrer Oberfläche ein oder mehrere weißliche, meist rundliche, stecknadelkopfgroße, narbenartige Flecke und außerdem kleienartige Abschuppung. Die Cutis im Bereiche der Flecke ist überall geschmeidig und von normaler Beschaffenheit. Die Desquamation zeigt stellenweise das Aussehen perlmutterartiger, durchsichtiger Lamellen an, welche den Flecken wie Oblaten anhaften. Gegen die mittlere Partie der Innenfläche des rechten Unterschenkels, der im ganzen ein höckeriges Aussehen zeigt, befindet sich ein rosaroter, querverlaufender Tumor, der einer syphilitischen Läsion ähnlich sieht; weiter nach hinten, an den Waden, sind zwei weitere aber kleinere solcher Exkrescenzen sichtbar. Die Patientin ist sehr reizbar und bereits wegen verschiedener Störungen des Nervensystems behandelt worden.

Herr Brocq hat in der Litteratur nur noch sieben weitere Fälle derartiger verbreiteter Telangiektasien ausfindig machen können. Hervorzuheben sind bei der Patientin die vorangegangene Syphilis (welche in zwei anderen Fällen konstatiert wurde), das Vorhandensein der weißen, narbenartigen Flecke und die Desquamation. Diese Erscheinungen sprechen für das Fortbestehen eines entzündlichen Prozesses und für den Umstand, daß es sich nicht bloß um einfache neurovaskuläre Störungen handelt.

Die Tuberkulide. Seitdem Herr Hallopeau am letzten Londoner Kongresse auf die Beziehungen einer ganzen Reihe von Hautaffektionen bei Tuberkulösen oder tuberkulös beanlagten Individuen hingewiesen hatte und nachdem Herr Darier der Frage einen bestimmteren Charakter gegeben, indem er die ganze Gruppe dieser Läsionen als Tuberkulide bezeichnete, wurden in jeder neuen Sitzung weitere Fälle mitgeteilt. Gegenwärtig lassen sich in dieser Frage folgende zwei Punkte festsetzen:

1. Ohne Zweifel bestehen Hautaffektionen von verschiedenem Aussehen, die öfters auf einem besonders geeigneten Boden, d. h. bei Skrophulo-Tuberkulose entstehen.

2. Verdienen nun diese Läsionen die Bezeichnung Tuberkulide? Hierin teilen sich die Ansichten der Gesellschaftsmitglieder, indem einige der Meinung sind, daß mit dieser Benennung notwendig der Begriff der tuberkulösen Natur des Leidens verbunden sei, während dies durch die experimentelle Untersuchung noch keineswegs festgestellt worden.

Herr du Castel stellt eine junge Frau vor mit **Lupus erythematosus**, der sich besonders auszeichnet durch die Anwesenheit psoriasisartiger Schuppen auf den Lupusplaques und durch das gleichzeitige Auftreten kleiner papulöser Elemente, die zur Kategorie der Tuberkulide gehören. Bei der noch immer unentschiedenen Frage über die Natur des Lupus erythematosus erweist sich deshalb das Zusammentreffen der beiden Läsionen als sehr interessant.

Herren Hallopeau und Burbau: **Über einen Fall von akneartigen und nekrotischen Tuberkuliden.** Derselbe zeigt große Verwandtschaft zu den als Folliklis beschriebenen und von Darier und anderen Autoren mit der Tuberkulose in Beziehung gebrachten Fällen. Das charakteristische Merkmal der Efflorescenzen

ist die kleine zentrale Pustel, an deren Stelle rasch eine kraterförmige Vertiefung tritt. Später entsteht eine Narbe mit scharf gezeichneten Rändern. Diese Elemente sind über Rumpf und Extremitäten verbreitet, meist isoliert, zuweilen aber auch zu Gruppen vereinigt und einem Lupus verrucosus ähnlich sehend. Von dem letzteren unterscheidet sich aber die Affektion dadurch, daſs die einzelnen Elemente an ihrer zentralen Pustel oder Narbe leicht erkenntlich sind. Wie gewöhnlich in solchen Fällen, leidet der Patient an tuberkulöser Adenitis. Von den als Folliklis beschriebenen unterscheidet sich der Fall durch den oberflächlicheren Sitz der Initialefflorescenzen. Die histologische und bakteriologische Untersuchung wird später gemacht werden.

Herr Thibierge stellt einen Fall von **disseminierter Follikulitis mit Lymphdrüsentuberkulose** vor. Derselbe gehört zu jener Gruppe von Affektionen, welche bald als disseminierte Follikulitiden, Folliklis oder eiterige Hydradenitiden bezeichnet wurden und welche Darier wegen ihres häufigen Vorkommens bei tuberkulösen Individuen Tuberkulide nannte. In dem vorliegenden Fall besteht die Eruption aus kleinen festen, in der Tiefe der Haut steckenden Knötchen mit zentraler Pustel, die zu einer sehr feinen Narbe führt. Befallen sind die Hände, Ellenbogen und Ohren; an letzterer Stelle besteht die Affektion schon jahrelang, an den Händen aber nur seit einigen Monaten und sind erst nach dem Auftreten der cervikalen und axillären Lymphdrüsenschwellungen entstanden. Auſserdem bestehen lokale Asphyxien der Extremitäten. Der Patient ist ein alter Syphilitiker, der wiederholt mit Jodkalium behandelt worden ist.

Herr Brocq zeigt einen **Fall von sogen. Tuberkuliden** bei einer 21jährigen Patientin. Vor circa sechs Monaten traten bei ihr auf der Haut des Rumpfes eine Anzahl kleiner Pusteln auf, welche spontan verschwanden. Vor sechs Wochen zeigte sich ein neuer Schub einer papulo-pustulösen Eruption, deren Elemente auf roter entzündeter Basis standen. Nach Platzen der Pustel blieb eine feine Öffnung zurück, die sich mit einer kleinen Borke ausfüllt. Auf dem Kopfe vereinigen sich die Effloressenzen stellenweise zu Plaques, welche wie im Lupus erythematosus aussehen. Auſserdem waren befallen: die Jochbeingegend, die beiden Ohrläppchen, die Ellenbogen, die Hände und der untere Teil der Unterschenkel. Seit circa sechs Monaten ist das Mädchen stark abgemagert, zeigt am Halse Lymphdrüsenschwellungen, ferner lokale Asphyxien der Extremitäten, Frostbeulen, Keratosis pilaris und Angiokeratomelemente in ihrer ersten Entwickelungsperiode. Therapeutisch wurden angewendet Karbolsäure, China und Digitalis, worauf die Eruption rasch verschwand. Der Verlauf der Affektion und das Zusammentreffen der verschiedenen Erscheinungen liefert eine neue Stütze zur Theorie der Tuberkulide, welcher Brocq auch beistimmt. Trotzdem bleibt es schwer anzunehmen, daſs alle Läsionen, die man bei tuberkulösen Individuen, speziell bei unserer Patientin, antrifft, direkt auf die Tuberkulose zurückzuführen sind. Es läſst sich nämlich wohl auch annehmen, daſs auf einem für die Entwickelung der Tuberkelbacillen und ihrer Toxine günstigen Boden auch andere schädliche und virulente Stoffe vorteilhafte Bedingungen zu ihrer Ausbildung finden. Es dürfte deshalb wohl angezeigt sein, mit der definitiven Annahme der Bezeichnung Tuberkulide für diese Läsionen noch zu warten, bis wir über sichere Beweise verfügen.

Herr Darier ist auch dieser letzteren Ansicht, doch begrüſst er den Versuch der betreffenden Autoren, alle diese Läsionen in nähere Beziehung zu einander gebracht zu haben, weil sie eben auf einem gemeinschaftlichen Boden entstehen. Da nun dieser Boden meist tuberkulös ist, resp. da die betreffenden Patienten stets mit irgend einer tuberkulösen Affektion behaftet sind, so erscheint der Ausdruck Tuberkulide vorläufig als völlig gerechtfertigt.

Herr Barthélemy meint, dafs man bezüglich der Natur der beschriebenen Eruptionen gewisse Unterschiede machen müsse. Als er nämlich vor mehreren Jahren in der Gesellschaft seine Arbeiten über Folliklis und Aknitis vortrug, welche Affektionen jetzt zum Teil den Tuberkuliden beigezählt werden, hat er nachdrücklich auf ihre Unterschiede hingewiesen. Die Folliklis, ein wahres Tuberkulid, besteht aus lokalisierten, nicht über den ganzen Körper verbreiteten Läsionen von sehr langer Dauer; sie zeigen sich stets bei tuberkulösen Individuen. Die Aknitis hingegen ist von der Tuberkulose unabhängig und bildet eine über den ganzen Körper verbreitete Eruption von raschem Verlauf und weist keinen Zusammenhang auf mit Skrophulo-Tuberkulose.

Herr Hallopeau hat vor zwei Jahren einen dem Brocqschen analogen Fall von Lupus erythematosus beobachtet, der von zahlreichen anderen Veränderungen, unter anderen von „Lichen scrophulosorum" begleitet war. Das rasche Verschwinden der Eruption, wie dies öfters bei dieser letzteren Affektion vorkommt, spricht keineswegs gegen Tuberkulose, da es sich nicht um Läsionen handelt, welche direkt vom Kochschen Bacillus, sondern von dessen Toxinen erzeugt werden; es sind somit Toxidermien.

Herr Galozowski bemerkt bezüglich der Augenpathologie, dafs es syphilitische Augenaffektionen giebt, die irrtümlicherweise mit skrophulösen Läsionen verwechselt worden sind, und andererseits bei Tuberkulösen solche, die sich höchst wahrscheinlich wie die Hauttuberkulide entwickeln, deren tuberkulöse Natur jedoch nicht sicher festgestellt werden kann.

Herren Hallopeau und Bureau: **Über einen Fall von bandförmiger Pseudoalopecie.** Das Band geht aus vom mittleren Teile der hinteren Partie des Haarbodens, zieht dann nach oben und vorn gegen den rechten Rand desselben; es ist ca. 8 cm lang und 1 cm breit. Die Haut ist an der befallenen Partie weifslich und die Cutis erscheint verdickt. Wahrscheinlich handelt es sich um eine trophoneurotische Alopecie. An den Haaren läfst sich zum Unterschiede von der wahren Alopecie nichts nachweisen.

Über einen Fall von Mykosis von besonderem Aussehen mit Prurigo, Herren Hallopeau und Bureau. Die Eruption besteht aus breiten Plaques, die nur von schmalen Zwischenräumen gesunder Haut getrennt sind. Ihre Farbe ist blafsrot, sie sind über das Hautniveau erhaben, zeigen keine Schuppen, sehr unregelmäfsige und scharfe Konturen; die Haut erscheint wie ödematös. Das Gesicht zeigt ein eigentümliches Aussehen und erinnert an gewisse Formen von akutem Lupus erythematosus. Das sehr intensive Jucken führt zu zahlreichen pruriginösen Eruptionen, einer äufserst seltenen Erscheinung bei der Mykosis. Das Allgemeinbefinden ist relativ gut erhalten.

(Übersetzt von C. Müller-Wallisellen.)

The British medical Association.

64. Jahresversammlung, abgehalten vom 28.—31. Juli 1896 zu Carlisle.

J. Crawford: **Die Behandlung der tuberkulösen Drüsen am Halse.** (*The Brit. med. Journ.* 12. September 1896.) Vom Jahre 1873—1892 hat Verfasser folgende Methode bei der Behandlung tuberkulöser Drüsen geübt. Die Drüsen wurden durch Kataplasmen erweicht, dann incidiert, der Inhalt wurde nach Kräften ausgedrückt, mit dem scharfen Löffel die krankhaften Gewebe herausgeholt, sodann die Höhle mit in Chlorzinklösung oder in Jodoformglycerin getauchter Watte ausgestopft und ver-

bunden. Nach drei Tagen frische Gaze eingelegt. Wenn die Drüse sich nur langsam erweicht, so hat Verfasser 5 Tropfen Jodtinktur in das Innere eingespritzt oder ein kleines Blasenpflaster auf die Schwellung appliziert, worauf der Erweichungsprozefs beschleunigt wurde.

Vom Jahre 1892 an hat Verfasser, wo es nur irgend anging, die erkrankten Drüsen vollständig excidiert, jedoch bei den Cervikaldrüsen die Erfahrung gemacht, dafs nach Entfernung der vergröfserten Drüsen an der einen Stelle Schwellung einer Drüse an einer anderen Stelle auftrat, weshalb er hier zu seiner alten wohlbewährten Methode zurückgekehrt ist.

H. J. Stiles-Edinburgh hält es für gefährlich, unterschiedslos in allen Fällen von tuberkulösen Halsdrüsen die operative Entfernung derselben vorzunehmen. Man müsse sich vorher vergewissern, ob es sich bei der Drüsenschwellung hauptsächlich um eine entzündliche Hyperplasie mit geringer Verkäsung handle, oder ob die Drüse bereits mehr oder weniger verkäst oder eine eiterige Schmelzung eingegangen sei. Im letzteren Falle wäre die Excision ein Fehler.

Verfasser beobachtet bei verkästen oder erweichten Drüsenabscessen folgendes Verfahren: 1. Incision; 2. gründliche Auslöffelung mit dem Volkmannschen Löffel; 3. Applikation reiner, flüssiger Karbolsäure an die Wände der Abscefshöhle; 4. Ausstopfen mit wollenem Garn, das mit Jodoform versetzt ist.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder spricht sich gegen die radikale Excision der tuberkulösen Drüsen namentlich bei Kindern aus und plädiert mehr für Erweichung, Excision und gründliche antiseptische Reinigung derselben.

H. Snow: **Opium und Kokain bei der Behandlung von Krebs.** (*The Brit. med. Journ.* 19. September 1896.) Vortragender hat in einer Reihe von Fällen mit obigen Mitteln zwar keine Heilung der malignen Geschwülste, wohl aber Besserung und zeitweilige Rückbildung erzielt und damit das Leben der Patienten nicht selten um Jahre verlängert. Unter den beschriebenen Fällen handelt es sich im ersten um einen recidivierenden Scirrhus der Mamma. Rückbildung unter Morphiumbehandlung. Die Patientin lebte noch $6^1/_2$ Jahre nach der Operation.

Fall 2. Recidivierender Scirrhus der Mamma. Infizierung des Rückenmarks. Fünf Jahre Immunität unter Opiumbehandlung.

Fall 3. Ulcerierter Brustkrebs von 16jähriger Dauer. Vernarbung des Geschwürs. Kein Fortschreiten innerhalb von $4^1/_2$ Jahren.

Fall 6. Weit vorgeschrittenes Epitheliom des Mundes. Der 59jährige Patient erhielt zuerst $^1/_4$ Gran Morphium zweimal täglich und 1 Gran Kokain einmal. Bald wurde Kokain zweimal, dann dreimal täglich und $^3/_4$ Gran Morphium pro Tag gegeben. Unter dieser Behandlung wurde die Wunde in der Mundhöhle kleiner und vernarbte schliefslich ganz. Das Allgemeinbefinden des Patienten hat sich bedeutend gebessert. Schmerzen, Salivation, üble Sekretion haben aufgehört. Weder Ulceration, noch Erweichung von Drüsen ist wahrzunehmen. Der gesamte Krankheitsprozefs ist offenbar zum Stillstehen gebracht.

Th. Savill-London spricht über: **Die Pathologie des Pruritus und seine Behandlung mit grofsen Dosen von Chlorcalcium.** In ätiologischer Beziehung ist der Pruritus einzuteilen in primären und sekundären Pruritus. Der letztere entspricht dem Jucken, welches mehr oder weniger die Mehrzahl der Hautkrankheiten begleitet und sich häufig auf die affizierte Hautstelle beschränkt. Man erklärt es damit, dafs die Nervenendigungen des befallenen Hautbezirks in Mitleidenschaft gezogen sind und mit jenen gleichzeitig die sensiblen Nervenfasern. Die Reizung der letzteren rufe Jucken hervor.

Was den primären resp. idiopathischen Pruritus betrifft, so ist die wirkliche Ursache in einer Blutveränderung zu suchen. Diese Ansicht basiert auf folgenden Thatsachen: 1. die Nervenendigungen und Nervenfibrillen sind immer in Lymphe gebadet; 2. der primäre Pruritus ist stets diffus; 3. er hat die Neigung periodisch und in Paroxysmen, zuweilen in täglichen Attacken nach den Mahlzeiten aufzutreten; 4. er wird oft hervorgerufen oder verschlimmert durch gewisse Nahrungsmittel, deren Wirkung nicht anders zu erklären, als dafs das schädliche Agens seinen Weg durch's Blut nimmt; 5. beim Pruritus der Gelbsucht, des Diabetes, der Gicht etc. besteht bekanntlich eine Blutalteration; 6. gewisse Arzneimittel, welche, wie Morphium, in grofsen Dosen subkutan direkt in die Lymphe eingespritzt werden, verursachen allgemeinen Pruritus; 7. die Heilmittel, welche bisher als wirksam gegen den primären Pruritus befunden worden sind, sind hauptsächlich solche, welche einen sedativen Effekt auf die Nerven oder sonst einen direkten Einfluſs auf das Blut ausüben, so die von Hebra empfohlene Karbolsäure; 8. Calciumchloride haben eine bedeutende Wirkung auf das Blut, indem sie dessen Koagulationsfähigkeit erhöhen.

Die Natur der Blutveränderung jedoch festzustellen ist bis zum heutigen Tage nicht gelungen.

Über die Inkubationsperiode der Varicellen referieren Goodall und Washbourn. Es werden 9 Fälle kurz beschrieben, aus denen sich folgendes ergiebt: 1. die Inkubationsperiode der Varicellen ist variabel; 2. sie ist niemals kürzer als 12 Tage; 3. sie kann bis 19 Tage dauern und ist meistens länger als 14 Tage.

C. Berliner-Aachen.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Juli 1896.

(*The Brit. Journ. of Derm.* August 1896.)

Dr. C. Fox stellt zwei Schwestern im Alter von 39 bezw. 37 Jahren vor, die eine **eigentümliche Phase des Lupus erythematosus** aufweisen. Bei der älteren begann der Ausschlag vor 10 Jahren in der Mitte der Wange mit einer kongestiven Schwellung von der Gröfse eines Fünfzigpfennigstückes. Die Schwellung reichte tief in die Haut hinein und war besät mit kleinen Knötchen, so dafs Vortragender der Meinung war, es handle sich um Lupus vulgaris. Nach einiger Zeit wurde von der Innenseite der Wange das Gewächs operativ entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab kein bestimmtes Resultat. Mehrere Jahre später entwickelte sich auf der anderen Wange ein ähnliches Gewächs, das nach und nach gröfsere Teile der Wange ergriffen hat. Dieselben sind livid verfärbt und infiltriert. Daneben sieht man einige livide, geschwollene, mit Knötchen versehene Stellen, die an Lupus vulgaris erinnern. Narbenbildung ist nirgends vorhanden. Die jüngere Schwester zeigt seit zwei Jahren auf der einen Wange ähnliche Veränderungen, wie die oben beschriebenen.

Dr. J. Hutchinson jun. stellt einen Fall mit schleichender **Phagedaena des Penis bei einem tertiär-syphilitischen Patienten** vor. Mehr als die Hälfte des Penis ist trotz der Behandlung innerhalb von 5 Monaten durch Ulceration weggefressen. Der 25jährige Patient hat vor fünf Jahren Syphilis acquiriert und hatte in der letzten Zeit ein gummöses Geschwür am rechten Oberschenkel, das im Abheilen begriffen war, als das Penisgeschwür sich entwickelte. Die mikroskopische Untersuchung des dem Penisgeschwür entnommenen weifslich-gelben Schorfes ergab einen an Gumma erinnernden Befund. Weder Merkur noch Jodkalium hatten einen nennenswerten

Effekt, nur protrahierte, warme Bäder und zwei gründliche Kauterisationen in Äthernarkose brachten den Zerstörungsprozefs zum Stillstand.

Dr. M. Morris demonstriert 1. einen 32jährigen Mann, der an **Purpura rheumatica** leidet. Am 30. Juni erkrankte er mit heftigen Schmerzen in beiden Knieen, Knöcheln, Ellenbogen und Handgelenken und fühlte sich auch allgemein unwohl. Die Schmerzen dauerten bis zum 4. Juli, wo alle Gelenke geschwollen waren. Am Abende desselben Tages bemerkte der Patient zwei rote Flecke an seinem linken Bein. Am folgenden Morgen waren beide Beine bedeckt mit rötlichen Flecken, insbesondere waren die Kniegelenke befallen. Weniger stark waren die Arme ergriffen. Am 6. Juli sah der Vortragende den Patienten zum ersten Male. Der Ausschlag an den Unterschenkeln erschien beim ersten Anblick erythematös zu sein, aber die Flecken verschwanden nicht auf Druck. Sie waren alle purpurfarben, wenn auch in der Intensität verschieden. Aufserdem sah man kleine Bläschen auf den gröfseren Flecken. Die Gelenkschmerzen waren geringer geworden. Nach einiger Zeit hatte der Patient einen heftigen Anfall von Hämatemesis.

2. Ein **Kind mit einem ungewöhnlichen syphilitischen Ausschlage.** Dasselbe war am 28. März geboren, am 11. Mai geimpft worden. Am 20. Mai brach der Ausschlag zuerst an den Vorderarmen und Beinen aus. Eine Woche später waren Arme, Vorderarme, Gesäfs und Beine der Sitz von zirkulären, schwach erhabenen, bräunlich-roten Stellen mit schlappen Blasen im Zentrum einer jeden. Das Kind hatte Stockschnupfen, aber weder Geschwüre am Anus noch im Munde. Die Mutter war vor vier Jahren wegen Syphilis behandelt worden und hatte seitdem einen Abortus, ein siebenmonatliches Kind, das gleich nach der Geburt starb.

Dr. Payne stellte eine Frau mit einem seit zehn Tagen bestehenden **Blasenausschlag** vor. Die Blasen sind verschieden grofs, auf nicht entzündeter Haut entstanden und befinden sich vorwiegend an Hals, Stamm und Armen; einige derselben sind purulent geworden, aufgebrochen, zu Krusten eingetrocknet und ohne Ulceration verschwunden. Die Kopfhaut war früher bedeckt mit eiterigen, nässenden Krusten. Das Allgemeinbefinden der Patientin war anfangs nicht gestört, Jucken besteht nicht. Die Anamnese ergiebt keine Anhaltspunkte für eine Verletzung oder eine Infektion irgend welcher Art. Die Patientin nimmt als Ursache heftigen Schreck infolge eines Familienunglücks an. Im weiteren Verlaufe ist der Ausschlag universell geworden; die Temperatur ist gestiegen; das Allgemeinbefinden hat eine wesentliche Störung erfahren. Während anfangs die Diagnose zweifelhaft sein konnte, ist dieselbe angesichts der typischen Pemphigusblasen jetzt gesichert.

Dr. F. Penrose zeigt eine 56jährige Frau mit bemerkenswerter **Elephantiasis.** Wie die Patientin angiebt, hat sie seit ihrer Geburt Elephantiasis der oberen und unteren Extremitäten gehabt. Von Interesse ist hierbei die Erzählung der Patientin, dafs ihre Mutter, als sie mit ihr schwanger ging, von einem Elephanten einer Menagerie beinahe niedergetreten wurde.

Dr. Pringle stellt 1. einen **Fall zur Diagnose** vor. Die 18jährige Patientin litt vor drei Jahren an einem ekzematösen Zustande der Fingerspitzen, dem an anderen Körperstellen Efflorescenzen nachfolgten, welche als Psoriasis diagnostiziert wurden. Im April 1896 zeigte die Patientin eine tiefbraune Pigmentation und universelle kleienförmige Desquamation des Stammes und der Extremitäten mit Pityriasis capitis, daneben hatte sie kalte, kontrahierte, wachsbleiche Hände (Sklerodaktylie) ohne ein Zeichen von Sklerodermia an irgend einer anderen Stelle. An der Dorsalfläche der Endphalangen aller Finger und einzelner Zehen sah man einige Epidermiskegel,

die auf eine Pityriasis rubra pilaris Devergie schliefsen lassen, zumal das sehr rapide Wachsen der Nägel diese Idee bestärkte. — Redner glaubt, dafs die Mehrzahl der beschriebenen Symptome das Resultat eines lange fortgesetzten Gebrauchs von Arsenik wären.

2. Eine 25jährige, ledige Person mit **Sklerodermie** der Hände, Vorderarme und des Gesichts. Der Zustand der Hände ist dem des vorigen Falles ähnlich, befindet sich aber in einem weiter vorgeschrittenen Stadium. Alle Fingerspitzen zeigen beginnende Gangrän. Die Patientin leidet auch an paroxysmalen Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit, aber ohne Hämoglobinurie. Von Interesse in dem vorliegenden Falle ist, dafs dem sklerodermischen Zustande des Gesichts eine fledermausflügelartige Röte voranging, die zwei Jahre gedauert und vom Vortragenden als Lupus erythematosus diagnostiziert worden ist, die aber später das jetzige charakteristische sklerodermische Aussehen angenommen hat.

3. Einen 37jährigen Heizer mit einer ausgedehnten, sehr intensiven **Purpura**, die zuerst an den Zehen begonnen und sich nach oben auf die Füfse, Unter-, Oberschenkel, Gesäfs, Abdomen und Arme fortgesetzt hat. Der Ausschlag besteht hauptsächlich aus prominierenden hämorrhagischen Papeln, welche vielfach mit den Schweifs- und Talgdrüsenmündungen zusammenfallen. („Lichen lividus.") Die Ätiologie konnte nicht genügend klargestellt werden. Weder liegt Syphilis, noch Hämophilie, noch Herzfehler, noch Skorbut vor.

4. Einen 14jährigen Knaben mit einem typischen, seit zwei Jahren bestehenden **Lupus erythematosus**, der zuerst auf der Nase begonnen, dann beide Wangen vollständig und die Ohren ergriffen hat. Im letzten Sommer soll er für einige Wochen spontan verschwunden gewesen sein. Der Vater des Patienten ist an Phthisis gestorben, der Knabe selbst zeigt verschiedene Narben von überstandenen skrophulösen Geschwüren am Halse und eine Anzahl vergröfserter Drüsen. Auf eine Tuberkulininjektion reagierte er sehr stark allgemein, lokal schien die Röte der befallenen Stellen intensiver, die Desquamation stärker zu werden, als sie es vor der Injektion gewesen ist.

5. Einen 18jährigen, kräftigen Arbeiter mit einem **kongenitalen, warzigen Streifen-Nävus**.

6. Eine 44jährige Frau, welche an typischem **Lichen planus** an den Beinen, Oberschenkeln, Handgelenken und am Halse gelitten hatte, bei der nur am rechten Bein und Oberschenkel, wo die Venen varikös waren, einige Efflorescenzen verblieben sind. Am Bein sieht man eine runde hypertrophische Plaque, die im Zentrum einen guldenstückgrofsen Bezirk völlig gesunder Haut zeigt. Die Seltenheit dieser Art des Verschwindens des Lichen planus wird von den anwesenden Mitgliedern anerkannt.

Dr. R. Crocker demonstriert ein 23jähriges **Mädchen mit einem chronischen, recidivierenden, erythematös-bullösen Ausschlage**, der seit nahezu zwanzig Jahren besteht, bald schlimmer, bald besser ist. Er beginnt mit einem roten Fleck, dann erscheint ein Bläschen oder eine Blase mit einem klaren oder halbdurchscheinenden Inhalt, der entleert, ein Geschwür zurückläfst, welches in zwei bis drei Wochen mit Hinterlassung einer zuerst pigmentierten, dann weifsen, etwas vertieften Narbe abheilt. Die Efflorescenzen sind mit Schmerzen, aber nicht mit Jucken verbunden, erscheinen einzeln oder vier bis fünf gleichzeitig, bald hier, bald dort. Weder Wetter, noch Nahrung oder das Allgemeinbefinden beeinflufst sie. Arsenik, Salicyl und andere Medikamente sind ohne merklichen Erfolg geblieben.

Keines der anwesenden Mitglieder vermag eine bestimmte Diagnose zu stellen. (Hutchinsons Sommereruption oder Eruptio aestivalis bullosa? Ref.)

C. Berliner-Aachen.

Aus der Gesellschaft für wissenschaftliche Medizin und Hygiene an der Universität Charkow.

Sitzung vom 9. Oktober 1896.

M. M. Tinzew: **Sarcoma idiopathicum pigmentosum (haemorrhagicum) multiplex cutis (Kaposi).** Nach kurzem Überblick über die Litteratur besprach Vortragender seinen Fall.

X. hatte im März 1893 bei schlechter Witterung einige Stunden bis zur völligen Erstarrung der Füfse im Wasser zubringen müssen. Anfangs verspürte er geringes Unwohlsein, dann trat Ödem der Füfse auf, ferner erschienen an den ödematösen Stellen blaurote Flecke, dann dunkelblaue Knoten, die konfluierten und sich vergröfserten. Es kam zur vollkommenen Geschwulst um das Fufsgelenk in Form einzelner grofser warzenförmiger Knoten. Die Epidermis ist verdickt; nach Entfernung derselben manifestiert sich eine blafsblaurote, glatte Oberfläche. An den ödematösen Fufssohlen dunkelblaue Flecke, die auf Druck abblassen, neben dunkelblauen Knoten. Ebensolche Knoten verschiedener Gröfse, bis zur Gröfse einer grofsen Nufs, doch in geringerer Anzahl, traten seit vorigem Winter am Unterschenkel auf. Diese sind ödematös und hart. An den Oberschenkeln und den oberen Extremitäten sind ebenfalls einige erbsengrofse Knoten vorhanden. Auf der dorsalen Fläche der linken Hand dunkelrote Plaques 5 cm im Durchmesser. Am Knie vier kleine Knötchen. Der mittlere Teil des linken Ohres ist verdickt, von dunkelblauer Farbe mit drei kleinen Knötchen. Das rechte Augenlid ödematös. Seit einem Jahr ist Patient vollständig bettlägerig. Die Wirbelsäule ist in ihrem mittleren Drittel auf Druck schmerzempfindlich, desgleichen die 6—7 Interkostalräume. Der Raumsinn, Temperatur- und Tastsinn sind normal. Schmerzempfindung beträchtlich erhöht, die Reflexe, aufser dem Kremasterreflex, desgleichen. Der Kranke ist sehr nervös, leidet an Kopfweh und Herzklopfen. Insufficientia bicuspidalis. Rote Blutkörperchen 4 800 000. Mifsbrauch in alcoholicis wird zugestanden. In der Jugend soll eine gleiche Erkrankung durchgemacht worden sein, die aber nicht stark ausgeprägt, vier Jahre gedauert hätte, aber spurlos vergangen wäre. Autor hält den vorgestellten Fall für Sarcoma idiopathicum pigmentosum multiplex cutis Kaposi, wobei er auf Grund der begleitenden nervösen Erscheinungen und der regulären Verteilung der Knoten sich der Meinung Semenows anschliefst, der den Fall als eine paralytische Angioneurose bezeichnet. Der Vortrag wurde durch Vorzeigung des Patienten und der mikroskopischen Präparate vervollständigt.

In der Diskussion sprach Prof. Bogdanow seine Ansicht dahin aus, dafs auf Grund günstiger Einwirkung auf die Krankheit durch Erysipel sie durch einen besonderen Mikroorganismus hervorgerufen werde. Patient hatte in der Jugend Variola durchgemacht. B. spricht die Möglichkeit aus, dafs daher vielleicht die hämorrhagische Eigentümlichkeit stamme.

Vortragender hält die Möglichkeit einer parasitären Ätiologie für zu wenig begründet. Was die Variolaerkrankung in der Jugend des Patienten betrifft, so wäre sie 3—4 Jahre vor der ersten Affektion gewesen und wohl kaum als begünstigendes Moment für dieselbe aufzufassen.

Prof. Kulnitzky weist auf die Menge der Lücken und Vacuolen in den mikroskopischen Präparaten hin, die vielleicht als Lymphlücken aufzufassen seien, worauf übrigens schon Prof. Stukowenkow auf Grund der Untersuchungen Prof. Pawlowskys, wie Autor hinzufügt, hingewiesen hatte. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Gesellschaft für Neuropathologie und Psychiatrie an der Universität zu Moskau.

Sitzung vom 10. Mai 1896.

S. B. Orlowsky: **Ein Fall von Gumma des Rückenmarkes (mit Demonstration der Präparate).** Patient, 49 Jahre alt, wurde in die Moskauer Nervenklinik am 21. September 1895 aufgenommen. Er stammt aus neuropathischer Familie; hatte mehrere infektionöse Krankheiten durchgemacht; Abusus in Baccho et Venere. 1887: Syphilisinfektion mit wenig deutlich ausgeprägten Erscheinungen. Behandlung konsequent. 1892: Gumma der Zunge, das der spezifischen Kur wich. Im Oktober 1894: Rechte Interkostalneuralgie, die nach einem Monat schwand. Im Februar 1895 wiederum neuralgische Schmerzen in der Seite, ferner Schwäche in den Füßen, speziell rechts, Anästhesie der Fußsohlen, sexuelle Impotenz. Im Sommer tritt Besserung ein. Am 17. August plötzliche Verschlimmerung, starke Schmerzen in der Seite, Parese der unteren Extremitäten und Beschwerden der Urinsekretion. Vom 17. September an verschlimmerte sich die Parese in den Beinen sehr bedeutend, das Gehen wurde unmöglich. Bei der Aufnahme in der Klinik bedeutendes Ödem beider Füße; vollständige Paralyse der rechten und deutliche Parese der linken unteren Extremität mit Spannung der Muskulatur. Krämpfe in den Füßen und besonders in den Musc. obl. abdominis, die sehr schmerzhaft sind. Die Muskeln der Füße lassen sich nicht durchfühlen, sie reagieren nur auf sehr starken Strom; bedeutende Erhöhung der Sehnenreflexe, Clonus; quälende Neuralgien in den sechs Interkostalräumen beiderseits. An den Füßen der Tastsinn etwas vermindert; am Rumpf von der 5.—10. Rippe bedeutende Hyperästhesie. Schmerzempfindung und Temperatursinn an der rechten unteren Extremität sehr herabgesetzt, an der linken ganz abwesend. Anästhesie des Rectums und der Urethra; incontinentia urinae et faecium, impotentia sexualis; Obesitas, Puls schwach. An den darauffolgenden Tagen vergrößerten sich die Ödeme, die Paralysen und die allgemeine Schwäche. 25. September: Puls arythmisch, im Herzen Geräusche; am selben Tage beim Versuch einer Lageveränderung Ohnmacht und nach zehn Minuten nach Erscheinungen der Herzparalyse Exitus letalis.

Obduktion: Im Rückenmark, in der Gegend des 5.—8. Brustwirbels eine rosenkranzähnliche feste Neubildung, die auch auf die Dura übergegriffen, von der Dicke eines Fingers. Auf dem Querschnitt statt des Rückenmarks eine gelbliche, durchscheinende, hervorquellende Masse, die fest mit den Häuten verbunden ist. Leptomeningitis spinalis, Ödem des Rücken- und Hirnmarks; Fettherz; Degeneration der Herzmuskulatur. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Verdickung und Infiltration der weichen Hirnhäute an der Gehirnbasis; die Gefäßwände daselbst waren verdickt, stellenweise bis zum vollen Schwunde des Lumens. Dieselben Veränderungen lassen sich im Pons Varoli, Medulla oblongata nachweisen. Von den großen Hirngefäßen sind besonders lädiert die Art. vertebr., deren äußere Wandung stark infiltriert erscheint, besonders um die Vasa vasorum; die Media ist fast unberührt, die Intima ist bedeutend, aber unregelmäßig hypertrophiert und besteht aus zartem Bindegewebe mit seltenen spindelförmigen Zellen. In den anderen großen Gefäßen dieselben Veränderungen, nur weniger ausgeprägt. Im Rückenmark in der Gegend der Hals- und der oberen Brustwirbel sind die Pia und Arachnoidea verdickt, verklebt und stark infiltriert, besonders um die Gefäße. Die letzteren sind affiziert, wobei die Venen mehr als die Arterien und die kleineren mehr als die größeren; je näher der Neubildung, desto stärker manifestiert sich die Affektion. Viele kleine Arterien sind ganz thrombosiert, bei vielen hat sich in der Intima eine neue Intima und Adventitia gebildet und ein neues Lumen. In den Venen ist überall das Lumen

erhalten. Viele Wurzeln sind atrophiert, in einigen lassen sich sehr verbreiterte Venen nachweisen. Die Neuralgie ist sehr vermehrt. Die graue Substanz hyperämisch mit sehr verbreiterten Kapillaren, die stellenweise gleichsam ein kavernöses Gewebe vorstellen. Viele Zellen sind atrophisch. In den Gollschen Strängen geringe Degenerationserscheinungen. In der Höhe der 3.—4. Brustwirbel ist die Dura verdickt und verklebt mit den anderen Häuten. Beginnend vom oberen Rande der fünften Radix befinden sich im Rückenmark zwei Neubildungen mit allen Eigentümlichkeiten von Gummata. Die rechte, die sich bis zur sechsten Wurzel erstreckt, befindet sich in der Dura, dringt nicht in die Marksubstanzen, sondern bringt nur einen kleinen Eindruck auf dieselbe hervor. Die linke, größere (nußgroß) erstreckt sich bis zur achten Wurzel. Sie begann in der Marksubstanz selbst, vernichtete erst das linke vordere Viertel des Durchschnitts, dann die ganze vordere Hälfte und dann tiefer auch den linken Seitenstrang. Die untere Hälfte der Geschwulst berührt auch alle drei Häute, um sich an der untersten Grenze nur auf die Häute zu beschränken. Diese Geschwulst drückte bedeutend auf das unberührte Gewebe des Rückenmarkes. Unter den Gummata ist eine Verdickung und Infiltration der Häute zu konstatieren. Die Affektion der Gefäße geht bis auf die Cauda equina. Eine Degeneration ist weniger ausgesprochen. Gummata des Rückenmarkes und seiner Häute sind selten. Obgleich auch ca. zehn Fälle beschrieben sind, so hatte doch nur in 3—4 eine histologische Untersuchung stattgefunden, und auch dann nur ganz oberflächlich. Eine Ausnahme bildet die neueste Beobachtung von Hanot und Meurier (April 1896). In ihrem Falle war ebenfalls ein doppeltes Gumma vorhanden mit den gleichen Veränderungen in den Gefäßen und von demselben Bau. Eine Diagnose dieser Gummen des Rückenmarkes intra vitam ist fast unmöglich.

An dem Falle des Vortragenden ist die Widerstandsfähigkeit des Rückenmarkes besonderer Beachtung wert. Ungeachtet des großen Umfanges der Neubildungen und der bedeutenden Veränderungen in den Gefäßen konnte Patient fast bis zum Tode gehen. Das schnelle Umsichgreifen der paralytischen Erscheinungen läßt sich wohl durch Thrombosierung einer größeren Arterie erklären, die Anämie des Rückenmarkes hervorgebracht hat. Die anatomische Diagnose ist zweifellos. Keine Tuberkulose, keine Quelle zu einer Blutvergiftung ist nachzuweisen, wodurch man vielleicht die Affektion der Blutgefäße hätte erklären können. Letztere ist für Syphilis charakteristisch, wobei man an den Gefäßen alle die Veränderungen konstatieren konnte, die frühere Autoren beschrieben haben, wie Heubner, Lassar, Lamy etc.

An der Diskussion beteiligten sich L. S. Minor, W. A. Muratow, Prof. A. J. Koshewnikow. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Amerikanische Gesellschaft der Ärzte für Harn- und Geschlechtskrankheiten.

Sitzung vom 3. Juni 1896.

(Journ. of cut. and gen.-urin. dis. September 1896.)

Postkonzeptionelle Syphilis, von Dr. A. Post. Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über die verschiedenen Ansichten, welche zur Zeit über die Möglichkeit einer intrauterinen, syphilitischen Infektion herrschen, beschreibt Vortragender folgenden Fall, den er als postkonzeptionelle Syphilis ansieht. Die verheiratete Patientin menstruierte zum letzten Male am 7. April 1892. Am 15. November 1892, als sie sich im siebenten Monat der Schwangerschaft befand, kam sie in die Behandlung des Vortragenden. Bei der Untersuchung konstatierte derselbe Geschwüre an den Labien. Kurze Zeit vor ihrer Niederkunft am 7. Januar 1893 zeigte die Frau einen allgemeinen papulösen, zweifellos syphilitischen Ausschlag. Das Kind, das sie gebar, war bei der

Geburt frei von Symptomen der Syphilis, aber schon am Ende der ersten Lebenswoche war dasselbe am ganzen Körper von einem syphilitischen makulo-papulösen Ausschlag bedeckt, verlor rasch an Gewicht und Kraft, bekam Stockschnupfen und schrie unaufhörlich. Der Vater gestand ein, dafs er während der Schwangerschaft seiner Frau sich bei einem anderen Weibe die Syphilis geholt und die Krankheit auf seine Frau übertragen habe.

Vortragender berichtet über drei andere Fälle, bei denen man angenommen hatte, dafs die Syphilis des Kindes auf die Mutter während ihrer Schwangerschaft übertragen worden sei, wo jedoch der Vater erst nach der Konzeption seiner Frau die Krankheit acquiriert hatte.

Die Diskussion dreht sich wesentlich um die Frage, ob die Theorie, nach welcher die Placenta einen absoluten Filter darstellt und den Kontakt des syphilitischen Virus mit dem Foetus verhindert, nach derartigen vom Vortragenden mitgetheilten Beispielen noch aufrecht zu erhalten sei.

Zwei Fälle von urethralem Schanker mit ungewöhnlichen sekundären Symptomen beschreibt Dr. J. P. Tuttle.

Der erste Fall betrifft einen Mann, der mit einem seit vier Wochen bestehenden schwachen Ausflufs aus der Harnröhre in die Behandlung des Vortragenden kam. Bei der Untersuchung fühlte man etwa $^3/_4$ Zoll entfernt vom Orificium externum eine Verhärtung der Urethralwand, die auf Druck etwas empfindlich war. Die Inspektion der vorderen Harnröhre ergiebt ein wohlbegrenztes Geschwür, das alle Charakteristika eines harten Schankers aufwies. Zehn Tage später klagte der Patient über allgemeines Unwohlsein, Hitze und einen Ausschlag, der typischen Masern sehr ähnlich sah. Befallen waren nur Stamm und obere Extremitäten. Rachensymptome waren nicht vorhanden. Später zeigten sich an beiden Tonsillen Plaques opalines. Unter einer spezifischen Behandlung verschwanden die Erscheinungen.

Der zweite Fall betraf einen 35jährigen Mann, der bei der ersten Besichtigung etwa $^1/_2$ Zoll vom Orificium entfernt einen typischen, harten, kraterförmigen Schanker zeigte. Derselbe nahm fast die halbe Circumferenz der Urethra ein. Die Inguinaldrüsen waren geschwollen und empfindlich. Um diese Zeit litt der Patient an Muskelschmerzen in den Armen, welche des Nachts so heftig wurden, dafs Morphiuminjektionen notwendig waren, um die Schmerzen zu lindern. Einige Wochen darauf traten beim Patienten Schleimpapeln auf der linken Tonsille und ein makulöser Ausschlag am Stamm auf. Gleichzeitig erkrankte er an einer Endocarditis mit konsekutiver Meningitis und Periostitis, von deren Folgen er sich gegenwärtig noch nicht ganz erholt hat.

Vortragender ist im Zweifel, ob die letzteren Erscheinungen wirklich spezifischen Ursprunges, oder auf Rheumatismus oder irgend eine andere konstitutionelle Krankheit zurückzuführen seien. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 37. Heft 3. 1896.

I. **Klinische Studien über Nierenaffektionen bei Syphilis** (Schlufs), von E. Welander, Stockholm. Die Schlüsse, welche der Verfasser aus seinen Untersuchungen zieht, sind etwa folgende:

1. Auch wenn eine minimale syphilitische Albuminurie beim ersten Ausbruch der Syphils oder bei Recidiven derselben (sekundäres Stadium) vorkommen kann, so geschieht dieses doch selten; sehr selten tritt bei diesen Gelegenheiten eine Albuminurie auf, die mit Salpetersäure nachweisbar ist; höchst zweifelhaft ist es, ob es eine wirkliche syphilitische parenchymatöse Nephritis giebt.

2. In einem späteren Stadium der Syphilis sieht man bisweilen interstitielle Nephritis unter solchen Verhältnissen auftreten, dafs ein Kausalzusammenhang zwischen ihr und der syphilitischen Krankheit wahrscheinlich ist.

3. In einem späteren Stadium der Syphilis tritt ohne Fieber in einzelnen Fällen eine Nierenaffektion auf, bei welcher der Harn eine schmutzig braune Farbe zeigt, mehr oder weniger trübe ist, eine geringere Menge Albumin enthält und im Sediment verschiedene Cylinder (Blut- und Epithelcylinder) und eine bedeutende Menge Detritus hat; diese Nierenaffektion tritt gleichzeitig mit zerfallenden Gummata u. s. w. an anderen Körperteilen auf, vermindert sich und verschwindet bei spezifischer Behandlung im Einklang mit anderen tertiären Symptomen; sehr wahrscheinlich ist es, dafs diese Nierenaffektion ihre Ursache in zerfallenden Gummata in den Nieren hat.

4. Die Quecksilberbehandlung vor allem, wenn sie kräftig ist, verursacht oft Cylindrurie, zuweilen auch Albuminurie, welche Leiden, gleichwie die Stomatitis, je nach der verschiedenen individuellen Disposition dafür, unter gelinderer oder schwererer Form auftreten. Harn ohne Cylinder und Eiweifs berechtigt ebensowenig wie völlig gesundes Zahnfleisch zu dem Schlusse, dafs nur eine unbedeutende Menge Quecksilber absorbiert worden ist; nur durch Untersuchung des Harnes und der Fäces auf Hg können wir Kenntnis von der Gröfse der absorbierten Quecksilbermenge erhalten.

5. Durch die Quecksilberbehandlung verursachte Cylindrurie und Albuminurie sind ziemlich bald vorübergehend und lassen in der Regel keine Disposition für künftige Nierenaffektion zurück.

6. Ist eine Nephritis, namentlich eine bedeutende parenchymatöse oder interstitielle Nephritis vorhanden, dann ist Quecksilber mit Vorsicht und unter genauer Kontrole des Zustandes der Nieren zu geben.

7. Bei einer Nephritis wird Quecksilber in grofser Menge durch die Fäces, oft auch in grofser Menge durch die Nieren, aber stets in minimaler Menge durch den Speichel eliminiert.

II. **Ein Beitrag zur Kenntnis des Rhinophyma**, von Dohi aus Japan. Nach einem Überblick über die einschlägige Litteratur beschreibt der Verfasser kurz die Krankengeschichte eines Falles aus Prof. Kaposis Klinik. Das Material für die histologischen Untersuchungen bildeten abgetragene Rhinophympartien dieses Patienten und eines zweiten aus dem Institute des Herrn Prof. Paltauf. Im folgenden werden die anatomischen Befunde sehr eingehend beschrieben.

Die hauptsächlichsten Veränderungen, die Verfasser beobachtet, betreffen die Gefäfse, das Cutisgewebe und die Drüsen; sie sind teils vegetativer und nutritiver Natur, teils sind es entzündliche Prozesse akuten und chronischen Verlaufs. Die Blutgefäfse sind erweitert, ihre Wände sehr häufig verdickt. Die Erweiterung dürfte auf eine Innervationsstörung, auf eine Angioneurose zurückzuführen sein und hat schliefslich die Hypertrophie der Gefäfswand zur Folge. Neubildung von Gefäfsen, wie sie Hebra und andere Autoren gefunden haben, vermochte Verfasser nicht festzustellen. Die Erweiterung der Gefäfse hat eine dauernde Hyperämie zur Folge, die ihrerseits wieder nutritive Störungen, wie stärkere Verhornung der Epidermis in Form von Schuppenbildung und Hypersekretion der Drüsen nach sich zieht. Mit der letzteren steht wiederum in ätiologischem Zusammenhange die Drüsenhypertrophie mit ihrer reichlichen Verhornung des Epithels der Ausführungsgänge. Die Drüsen-

hypertrophie kann sehr mächtig werden und zu tumorartigen Bildungen führen, die jedoch keine Adenome im pathologisch-anatomischen Sinne sind.

Die entzündlichen Prozesse spielen sich teils in den erweiterten Drüsengängen und in den Drüsen, teils in ihrer Umgebung ab und haben viele Ähnlichkeit mit denjenigen bei der gewöhnlichen Akne, bei der Acne hypertrophica und der Acne pustulosa. Auch beim Rhinophym dürfte wahrscheinlich der Inhalt der erweiterten Drüsengänge und der Follikel den entzündlichen Reiz abgeben. Ob derselbe chemischer Natur — Zersetzung des retinierten Fettes — oder bakteritischen Ursprunges ist, liefs sich nicht mit Bestimmtheit nachweisen. Die Befunde des Verfassers beim Rhinophym decken sich vielfach mit denen Unnas bei Acne pustulosa. Aus denselben geht hervor, dafs das Rhinophym einen Komplex von Prozessen darbietet, wie sie teils der Acne rosacea, teils der Acne vulgaris zukommen. Doch möchte Verfasser der letzteren bei der ganzen Krankheit keine wesentliche Bedeutung zuschreiben. Die histologischen Befunde des Verfassers stehen mit der von Kaposi vertretenen Anschauung im Einklange, nach welcher es sich beim Rhinophym an erster Stelle um eine Angioneurose (vegetative Störung) mit den daraus hervorgehenden Ernährungsstörungen handelt, welche sich durch Hypersekretion und atypische Degeneration der Sekrete (verschiedenfettige und keratinöse Umwandlung der Zellen), weiter in Hypersekretion und Hypertrophie der Talgdrüsen, in Zunahme des Bindegewebes durch Induration, in chronischem Ödem und endlich auch in Neubildungen offenbaren.

III. **Über multiple subkutane Gummen im Frühstadium der Syphilis nebst Mitteilungen über den diagnostischen Wert des miliaren Tuberkels** von Karl Herxheimer, Frankfurt a. M. Der vom Verfasser ausführlich beschriebene Fall betrifft einen kräftigen, hereditär nicht belasteten Mann, der sich syphilitisch infizierte, und bei dem die Syphilis schon in ihrem Frühstadium sehr intensiv und extensiv auftrat. Nach 22 Injektionen von Hg salicylicum à 0,1 verschwanden die auffallend grofsen Papeln, während die Drüsenschwellung noch fortbestand. Etwa zwei Monate später zeigten sich an den Beugeflächen der Extremitäten eigentümliche harte, subkutane Knoten in gröfserer Zahl. Die histologische Untersuchung eines frischen Knotens ergab echt miliare Tuberkelstruktur. Dieselbe verschwindet auf Arsenik innerhalb zweier Monate. Die Untersuchung der inneren Organe, sowie des Blutes ergab während des Bestehens der Tumoren keinen abnormen Befund. Nach mehreren ziemlich rasch aufeinander folgenden Recidiven sekundärer Erscheinungen und darnach eingeleiteten antiluetischen Kuren (zuletzt mit gutem Erfolge Jodkalium) blieb der Patient gesund.

Der Verfasser untersucht im folgenden sehr eingehend unter Zuhülfenahme der einschlägigen Litteratur die Frage, welcher Art jene subkutanen, soliden Tumoren im Verlauf der Frühsyphilis gewesen sein mögen. Er gelangt unter Ausschlufs aller anderen Annahmen zu der Absicht, dafs sie in Anbetracht der Thatsache, dafs sie bei einer zu Lues maligna neigenden Syphilisform aufgetreten sind, und dafs ihre Heilung auf Hg resp. die Nachwirkung desselben zurückgeführt werden mufs, als syphilitische Gummen aufzufassen sind. Die Frage, ob der „Tuberkel" auch bei Syphilis vorkomme, beantwortet Verfasser, gestützt auf zahlreiche Belege aus der Litteratur, bejahend. Nicht nur der Tuberkelbacillus, sondern auch andere Gifte seien im stande, die Struktur des miliaren Tuberkels hervorzubringen. Aus diesem Grunde dürfe der Tuberkel nicht mehr allein entscheidend für Tuberkulose angesehen werden.

IV. **Über Lungenembolien bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten,** von Magnus Möller-Stockholm. Die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von unlöslichen Quecksilberpräparaten hat bei unbestreitbaren Vorzügen eine Schattenseite, die bisher verhältnismäfsig wenig Beachtung gefunden hat, nämlich

dafs die Injektionen zuweilen Komplikationen von seiten der Lungen verursachen können. Lesser, Watraszewski, Quincke, Lindström, Oedmansson, Blaschko sind die wenigen Autoren, welche in der sonst so umfangreichen Litteratur über die Injektionstherapie bei Syphilis diese Komplikationen in den Bereich ihrer Betrachtungen ziehen.

Verfasser hat sich mit dem Gegenstande eingehend beschäftigt. Bei seinen Untersuchungen ist er von folgenden Fragen ausgegangen:

1. Wie oft treffen Lungenaffektionen bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten ein?

2. Wie verhalten sich diese Lungenaffektionen klinisch?

3. Wie kommen sie zu stande? Beruhen sie auf Entstehung eines Embolus in den Verzweigungen der Lungenarterien? Und in diesem Falle, welche Rolle spielt das Quecksilberpräparat selbst, und welche das Suspensionsvehikel (Paraffin, Gummischleim)?

4. Kann eine Affektion der Lungen durch eine Änderung in der Injektionstechnik vermieden werden?

ad 1. Soweit es sich um die Praxis des Verfassers handelt, wurden in den Jahren 1891—96 an 315 Patienten 3835 Injektionen von essigsaurem Thymolquecksilber (1 : 10 Paraffin. liquid.) ausgeführt. Komplikationen seitens der Lungen traten 43 mal bei 28 Patienten ein. Bei 8 Patienten erfolgte die Komplikation 2 mal, bei 2 Patienten 3 mal und bei einem sogar 4 mal. Demnach hatte jede 89. Injektion eine Lungenaffektion im Gefolge. Von den Patienten wurden nahezu 9%, also etwa jeder elfte davon betroffen.

ad 2. In der Mehrzahl der Fälle, welche eine Komplikation durchmachten, stellte sich fast sofort, 2—10 Minuten nach der Injektion, Hustenreiz (namentlich bei tiefem Atmen) ein. In wenigen Fällen waren ein gewisses Angstgefühl und mehr oder weniger ausgeprägte Brustschmerzen das erste Symptom, das sofort nach der Injektion auftrat. In noch anderen Fällen traten erst $^1/_2$—6 Stunden oder am folgenden Tage Störungen entweder seitens der Respirationsorgane (Stechen, Atemnot, Husten) oder im Allgemeinbefinden (Kopfschmerzen, Mattigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Ohnmachtsanfälle, Diarrhöen etc.) auf. Oft begannen die Symptome mit Schüttelfrost, gefolgt von Fieber. Am 2. Krankheitstage waren die Lungensymptome in der Regel die hervorstechendsten. Objektiv konnte in vielen Fällen nichts Abnormes nachgewiesen werden, in anderen wurde auf einem beschränkten Gebiete Knisterrasseln, zuweilen Reibegeräusch und ein kürzerer Perkussionston konstatiert. Diese Veränderungen steigerten sich oft während des 3. und 4. Tages, in leichteren Fällen gingen die Symptome schon nach dem 2. Tage zurück, und der ganze Verlauf war in weniger als einer Woche beendet. In einzelnen Fällen war der Schmerz im Thorax bei tieferer Inspiration noch mehrere Wochen lang fühlbar.

ad 3. Die Symptome sowohl wie der Verlauf — plötzlich auftretender Hustenreiz, blutiger Auswurf, die Begrenzung des Prozesses auf beschränkte Gebiete der unteren Teile der Lungen — lassen die Auffassung des ganzen Krankheitsprozesses als eines embolischen Infarktes zu. Das akute Ödem und die trockene Pleuritis sind ebenfalls gewöhnliche Phänomene in der Umgebung eines hämorrhagischen Infarktes.

Um sich von der Wahrscheinlichkeit dieser Auffassung zu überzeugen, hat Verfasser eine Reihe von Tierversuchen angestellt, deren Gang im folgenden sehr ausausführlich mitgeteilt wird.

Das Resultat dieser Erfolge ist folgendes:

Bei intravenöser Einspritzung einer Suspension von essigsaurem Thymol-Quecksilber, wie auch von flüssigem Paraffin oder einer Wasserlösung von Gummi arabicum

werden bei Passierung des Lungenkreislaufs Zirkulationsstörungen embolischer Natur hervorgerufen. Die Intensität des Krankheitsprozesses ist indessen bei diesen drei Stoffen wesentlich verschieden und nimmt in der Ordnung ab, wie sie eben genannt worden sind. Ein Embolus vom Quecksilbersalze verursacht nämlich aufser der hämorrhagischen Infarktbildung eine recht bedeutende Irritation, wodurch exsudative Prozesse von Anfang an überwiegen und gröfsere oder kleinere hämatogene pneumonische Herde resultieren.

Aus diesen Versuchen geht hervor, dafs sowohl Intensität als Umfang der Lungenaffektion bei intravenöser Infektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten von dem Präparate selbst abhängig, oder besser von dessen gröfseren Partikelchen; ferner dafs bei intravenöser Injektion Veränderungen in den Lungen fast konstant folgen, während dies in der Regel gar nicht bei intramuskulärer Injektion desselben Präparates geschieht.

Kommen trotzdem bei der letzteren Injektionsweise Lungenaffektionen vor, so kann man annehmen, dafs ein Teil des Injizierten in eine Muskelvene gelangt ist. Thatsächlich sind sämtliche bisher veröffentlichte Fälle von Lungenkomplikation nach intramuskulärer Applikation des Präparates eingetroffen. Verfasser ist deshalb, um der Gefahr von Embolien zu entgehen, in den letzten Monaten zu den subkutanen Injektionen zurückgekehrt und glaubt, dafs die intramuskuläre Injektionsmethode, weil mit bedenklichen Gefahren für das Leben der Patienten verbunden, vielleicht am besten aufzugeben sei.

V. Zur Frage von der Behandlung der Hautkrankheiten mit den Schilddrüsenpräparaten, von V. Zarubin-Charkow. An der Hand der einschlägigen Litteratur und eigener Beobachtungen kommt Verfasser zu dem Schlusse, „dafs die Anwendung der Schilddrüse eine ganze Reihe von verschiedenen Symptomen, zuweilen auch die sehr schweren und gefahrdrohenden Zeichen des sogenannten Thyreoidismus hervorruft und deshalb nur in solchen Fällen erlaubt ist, wo man die Patienten dauernd beobachten kann. Für ambulante Kranke ist das Mittel nicht anwendbar, abgesehen davon, dafs starke Unregelmäfsigkeit der Herzthätigkeit, hochgradige Erschöpfung und Kachexie der Patienten das Mittel vollständig contraindizierten."

„Was den Einfluſs der Schilddrüse auf die Hautaffektionen betrifft, so war derselbe in den Fällen des Verfassers ganz und gar gleich Null; ja in 2 Psoriasisfällen wurde sogar eine bedeutende Verschlimmerung verzeichnet. Für die Behandlung der Hautkrankheiten im allgemeinen haben wir andere, ausgezeichnet bewährte, keine so schwere und so gefährliche Symptome hervorrufende Mittel.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 3. Heft 5 und 6. 1896.

I. Über die Dauer der Kontagiosität der Syphilis, von O. Lassar-Berlin. Bei dem heutigen Stande der Wissenschaften hält es Verfasser für unmöglich, die Frage nach der Dauer der Kontagiosität der Syphilis definitiv zu beantworten. Sicher sei, dafs die Gefahr der Ansteckung mit der Dauer der Krankheit abnehme, aber ebenso zweifellos stehe es fest, dafs es Fälle gebe, bei denen noch nach Jahren scheinbarer Heilung neue Ausbrüche aufgetreten sind, welche zu Übertragungen Anlafs gegeben haben. Nur durch die experimentellen Überimpfungen, die leider heute noch ganz und gar im Stiche liefsen, die aber vielleicht bei verbessertem Verfahren in der Zukunft positive Resultate liefern werden, könne es gelingen, den Grad und die Dauer der Virulenz des syphilitischen Contagiums zu bestimmen. Bis

dahin sei man auf die Kasuistik angewiesen, die aber wegen der langen Dauer der Krankheit und der Schwierigkeit, deren Verlauf scharf zu kontrolieren, ein unvollständiges und nicht immer einwandfreies Beweismaterial bilde.

II. **Beiträge zur Lehre von der Dactylitis syphilitica**, von J. Heller-Berlin. (Vergl. Referat Band 23, S. 232.)

III. **Grundlinien der Hauttherapie mittelst medikamentöser Seifen**, von G. J. Müller-Berlin. Der Verfasser berichtet zunächst an der Hand der Litteratur über die Bestrebungen in den letzten Jahrzehnten, die Seife nicht nur als Cosmeticum, sondern als therapeutisches Mittel bei der Behandlung der Hautkrankheiten zu verwerten. Sodann erhalten wir ein kleines Bild von der Fabrikation der Seife und den Mängeln, die derselben namentlich bezüglich der Haltbarkeit anhaften.

Von einer guten Seife verlangt man,

1. dafs sie gänzlich neutral sei, damit kein anderes Alkali, als durch die Dissociation entstehende, auf der Hautoberfläche zur Wirkung gelangt;

2. dafs sie weder künstlich zugesetzte, noch durch Ranzigwerden entstandene freie Fettsäuren enthalten darf;

3. dafs sie kein freies Glycerin oder Vaselin enthalten soll, da solche Seifen schlecht schäumen und leicht ranzig werden.

Die Vorzüge der Seifenbehandlung gegenüber der üblichen Salben- und Pastenbehandlung bestehen in intensiverer und rascherer Oberflächen-, gröfserer Tiefenwirkung, in der Auslösung leuko- und serotaktischer Vorgänge, in der Leichtigkeit mit der Applikation variieren und dadurch die Wirkung abstufen zu können. Dies letztere erzielt man, dafs man entweder

1. nur einschäumt oder

2. den Schaum stärker einreibt und eine Zeit lang liegen läfst;

3. die Seife in reiner Form einreibt mit oder ohne Zusatz abgemessener Mengen Wassers, oder

4. die mit Seife eingeriebene Hautfläche mit Guttapercha bedeckt und einen Verband anlegt;

5. die stärkste Wirkung wird man dadurch erzielen können, dafs man über der eingeriebenen Seife einen feuchten Verband mit impermeablem Stoffe anlegt;

6. Buzzi hat die Seife auch manchmal nicht nur eingerieben, sondern stark einmassiert, was in gewissen Fällen entschieden von Nutzen sein dürfte.

Nach Erledigung der physiologischen beschäftigt sich Verfasser im folgenden mit der pharmakotechnischen Seite der Seifenfrage. An erster Stelle verlangt er, dafs medikamentöse Seifen ebenso wie andere Arzneimischungen nur von technisch und wissenschaftlich geschulten Apothekern hergestellt, und die Fabrikation so wichtiger dermatotherapeutischer Präparate aus dem Machtbereiche der Seifenfabrikanten völlig entzogen würden.

Die Grundseife, welche Verfasser nach 1½jähriger Prüfung als vortreffliche Salbengrundlage anerkannt hat, ist von dem Verfertiger derselben, Apotheker Grube, **Savonal** benannt worden.

Die Herstellung des weichen wie flüssigen Savonals wird im folgenden ausführlich beschrieben. Das weiche Savonal stellt eine hellgrüne, durchscheinende Masse von zart weicher Salbenkonsistenz dar, riecht angenehm nach Olivenöl, löst sich klar in Weingeist, Wasser und Glycerin, schäumt gut mit Wasser, mischt sich vorzüglich mit Fetten und den verschiedensten Medikamenten. Sie enthält aufser den Kaliumverbindungen der Fettsäuren, des Olivenöls einen Teil des bei der Verseifung entstandenen Glycerins und wenige Prozente Wassers, absolut keine anderen Ver-

unreinigungen. Da die Herstellung eine direkte ist und ohne Verlust an Material stattfindet, wird der Preis der Seife ein mäfsiger.

Im folgenden werden nun verschiedene medikamentöse Savonalkompositionen und ihre therapeutische Wirkung auf die kranke Haut besprochen.

Die Anfertigung der Toilettenseifen, wie sie für die Hautpflege notwendig sind, will Verfasser wohl den Fabrikanten überlassen, verlangt aber auch hier

1. Neutralität, d. h. Ausbleiben der Phenolphthaleinreaktion in spirituöser Lösung und wo möglich auch bei Mischung mit geringeren Mengen Wassers;

2. möglichst grofse Haltbarkeit, da es fast niemals vorkommt, dafs Seifenstücke direkt aus der Fabrik in die Hände der Konsumenten gelangen;

3. keinen übermäfsig hohen Wassergehalt (nicht über 35%);

4. gutes Schäumen, um der physiologischen Aufgabe genügen zu können;

5. absolute Reinheit, d. h. Wegfall aller sogenannten Surrogate, die nichts mit dem chemischen Begriff „Seife" zu thun haben.

Eine milde, sehr haltbare Toiletteseife nach den Intentionen des Verfassers fertigt die rühmlichst bekannte Berliner Firma Jünger & Gebhardt an.

In der aufserordentlich instruktiven und wertvollen Arbeit nehmen die Vergleiche des Savonals und der Savonalmischungen mit den Buzzi-Krysseschen flüssigen Salbenseifen einen breiten Raum ein.

IV. **Über die Anwendung des citronensauren Silbers (Itrol) bei der Behandlung der Blennorrhoe**, von O. Werler-Berlin. Im ganzen wurden vom Verfasser 50 Fälle zumeist akuter Blennorrhoe mit dem Mittel behandelt.

Den Patienten wurde bei Beginn der Behandlung eine ganz schwache Lösung von Itrol zur Einspritzung nach folgender Formel verschrieben:

℞ *Solut. Itroli* 0,025 : 200,0
Ds. *in vitro flavo.*

S. viermal täglich in die Harnröhre einzuspritzen.

Nach Verbrauch dieser Einspritzung wurde mit der Konzentration allmählich gestiegen:

Solut. Itroli 0,03 : 200,0
„ „ 0,04 : 200,0
„ „ 0,05 : 200,0.

Die Lösung bleibt einige Minuten in der Harnröhre. Es mufs darauf geachtet werden, dafs die Solution, welche sehr leicht zersetzbar ist, nicht mit organischen Stoffen in Kontakt kommt. Zum Verschlufs der dunklen Arzneiflaschen eignen sich am besten Glasstöpsel oder mit Wachspapier belegte Korke. Zu Irrigationen der Urethra hat der Verfasser in der Sprechstunde stets eine Stammlösung Solutio Itroli 0,25 : 1000 vorrätig, die er je nach Bedarf mit warm gehaltenem destillierten Wasser verdünnt.

Die bei der Itrolbehandlung der Blennorrhoe gewonnenen Resultate resumiert Verfasser in folgenden Schlufssätzen:

1. Das Itrol besitzt eine intensiv gonokokkenvernichtende Wirkung.

2. Das Itrol ist in seinen Lösungen der Schleimhaut der Harnröhre wohlbekömmlich und verursacht weder Reizerscheinungen, noch steigert es die Entzündungssymptome in nennenswerter Weise.

3. Das Itrol hat eine energische Tiefenwirkung ohne Verletzungen der Schleimhaut.

V. **Die Lepra im Kreise Memel**,[1] von A. Blaschko. In dem vorliegenden Abschnitte seiner Arbeit bespricht der Verfasser zunächst den Ursprung, weiteren Verlauf

[1] S. auch Referat Bd. XXIII. S. 375.

und die Ausdehnung der Lepra-Epidemie im Memeler Kreise. Es wird der Beweis geführt und durch zahlreiche interessante Thatsachen bekräftigt, dafs die Lepra von Livland und Kurland aus südöstlich landeinwärts in das Gouvernement Kowno, dann südlich längs der Küste in den preufsischen Kreis Memel gedrungen ist. Die Memeler Epidemie ist als letzter Ausläufer der von ihren russischen Hauptherden langsam vordringenden Lepra, und zwar als Ausläufer auf deutschem Boden, aufzufassen.

Sodann beschäftigt sich der Verfasser unter besonderer Berücksichtigung der von ihm beobachteten Leprafälle aus dem Memeler Kreise mit der Symptomatologie, der Pathogenese der Lepra, der Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie, der Frage bezüglich der Heredität oder der Kontagiosität der Lepra, endlich mit der Prophylaxis gegen eine Weiterverschleppung der Krankheit.

Wir heben aus den für die Kenntnis der Lepra so wertvollen Ausführungen des Verfassers die Thatsache hervor, dafs er in der Lage war, die von anderen namhaften Lepraforschern bestrittene Lokalisation der leprösen Knoten auf der behaarten Kopfhaut und an den Handflächen zu beobachten und durch den Nachweis von Bacillen zu erhärten.

Sehr eingehend bespricht Verfasser die Unterschiede der knotigen und anästhetischen Lepra, die Anfangssymptome derselben und erörtert die Frage, ob Anhaltspunkte vorhanden seien, welche die Annahme gleichsam eines Primäraffektes, als der Eintrittsstelle des Lepragiftes, gerechtfertigt erscheinen liefsen.

Für die Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie werden folgende wesentliche Unterscheidungsmerkmale beider Krankheiten nebeneinander aufgeführt:

Lepra.	Syringomyelie.
1. Exantheme in Form erythematöser, pigmentierter oder vitiliginöser Flecke, Blasen, Papeln oder echter Knoten.	1. Keine Exantheme.
2. Fühlbare Nervenverdickungen.	2. Keine Nervenverdickungen.
3. Anästhesien a) in frühen Krankheitsstadien an leprösen Exantheme und deren nächste Nachbarschaft gebunden, auch nach Schwund des Exanthems dessen Lokalisation innehaltend; b) später auf einzelne Hautnerven übergreifend, meist aber nicht deren ganzes Gebiet umfassend; c) in den Endstadien der Krankheit ganze Extremitäten ergreifend; d) vorwiegend an den Extremitäten, seltener auf dem Rumpf lokalisiert; e) in den meisten Fällen Verlust sämtlicher Gefühlsqualitäten; f) Partien mit dissociierter Gefühlslähmung (Thermoanästhesie, Analgesie) können neben totaler Anästhesie vorkommen, zeigen aber immer die unter a—d charakterisierte örtliche Verbreitung;	3. Anästhesien nicht herdförmig, nicht an bestimmte periphere Hautnerven gebunden; auch nicht gliedweise auftretend, sondern in der Regel „segmentäre“ Ausbreitung, seltener „hemilateralen“ Typus zeigend. Verlust sämtlicher Gefühlsqualitäten selten. Verlust der Schmerz- und Temperaturempfindung die Regel, zeigt jedoch dann die oben angegebene Verbreitung.
4. Muskelatrophien, namentlich an der	4. Muskelatrophien fast regelmäfsig und

Handmuskulatur und auch der Augenschliefsmuskeln, seltener auf die Rumpfmuskulatur übergreifend.

frühzeitig auch an der Rumpfmuskulatur, daher meist Skoliose.

5. Begleiterscheinungen, namentlich bei hemilateralem Typus: Spastische Parese der Beine, Aufhebung der Sehnenreflexe im atrophischen Gebiet, Steigerungen an den Beinen, Schwäche oder Aufhebung der Hautreflexe im anästhetischen Gebiet Hemihyperidrosis, Beteiligung des Sympathicus, Bulbärsymptome.

Was die Morvansche Krankheit betrifft, so glaubt Verfasser mit anderen Autoren annehmen zu müssen, dafs es sich bei derselben nicht um eine wohlumschriebene Krankheit handelt, und dafs man in Znkunft jeden derartigen Fall genau untersuchen und unter Berücksichtigung der eben aufgeführten differentialdiagnostischen Merkmale entweder der Lepra oder der Syringomyelie wird zuweisen müssen.

Bezüglich des Übertragungsmodus der Lepra spricht sich Verfasser, soweit es sich um die Memeler Epidemie handelt, entschieden für die Kontagiosität aus, hält es aber nicht für ausgeschlossen, dafs ebenso wie bei der Syphilis es neben der erworbenen Lepra auch eine erbliche Übertragung der Krankheit giebt.

Für die Prophylaxis kommen an erster Stelle die tuberös Leprösen in Betracht, an denen das bacillenhaltige Sekret zerfallener Haut- und Schleimhautleprome, vielleicht zeitweise der Auswurf und möglicherweise, wenn auch nicht wahrscheinlich, der Schweifs kontagiös ist. Äufserste Reinlichkeit der Patienten, aseptischer Abschlufs jeglicher Wunden und Verhütung des Auftretens neuer Wunden sind Bedingungen für die individuelle Prophylaxis. Bei den häuslichen Verhältnissen jedoch, in welchen die Leprösen meist leben, wird ein konsequent aseptisches Verfahren sich nicht durchführen lassen, weshalb Verfasser als Vorbedingung jeder durchgreifenden Prophylaxe die Isolierung und Hospitalisierung der Kranken ansieht.

VI. **Über kosmetische Mittel in sanitätspolizeilicher Beziehung**, von E. Vollmer-Kreuznach. Die Ausführungen des Verfassers berühren sich in manchen Punkten, namentlich wo es sich um die Fabrikation einer guten Seife handelt, mit denjenigen G. J. Müllers. Von der Kosmetik will der Verfasser, ebenso wie Saalfeld, eine Reihe dermatologischer Affektionen, wie die Furunkel, Sykosis, Alopecia areata etc., ausgeschlossen wissen. Deshalb zieht er in den Bereich seiner Betrachtungen hauptsächlich diejenigen kosmetischen Mittel, welche

1. der Reinlichkeit der Haut,
2. dem Färben, Pudern und Schminken derselben,
3. der Zahn- und Mundpflege,
4. der Haarpflege dienen.

Die der ersten Kategorie angehörigen kosmetischen Mittel beanspruchen insofern am wenigsten das sanitätspolizeiliche Interesse, als die Führung von gifthaltigen medizinischen Seifen, wie die Sublimatseife von Eichhoff, nur den Apotheken gestattet ist. Was die Schweifsmittel betrifft, so wird vor dem Strychninpulver, vor dem Brandauschen Mittel und vor der rohen Salzsäure (Nebbe) gewarnt. Der Verfasser führt dann in seinem Schlufsresumé fort: „Die weifsen und roten Schminken sind immer verdächtig. Es ist stets auf ihre Zusammensetzung zu achten, bei den weifsen auf Blei, bei den roten auf Quecksilber zu untersuchen. Die dem freien Verkehr zu überlassenden Mund- und Zahnmittel dürfen nicht säurehaltig sein. Am geeignetsten ist eine neutrale Reaktion derselben.

Von den Haarmitteln sind die Haarwuchsmittel meist unbedenklich. Die englischen Präparate besonders, aber auch alle in- und ausländischen Präparate mit dem Zusatze „vegetabilisch“ sind auf Blei zu untersuchen. Oft enthalten sie essigsaures Blei (Bleizucker). Die Haarfärbemittel sind auch oft bleihaltig. Namentlich sind, wenn zur Haarfärbung drei Flacons abgegeben werden, das mit No. 2 bezeichnete auf Blei und das mit No. 3 bezeichnete auf Cyankalium zu untersuchen.

Im übrigen wäre es gewifs das Beste, wenn der Verkauf aller Mittel, die eine Veränderung der von der Natur gegebenen Beschaffenheit des Körpers, meist der Haare und der Haut, bezwecken, nur in den Apotheken und nur auf ärztliche Bescheinigung hin erlaubt wäre. Damit wäre die Kontrolle über die bedenklichen kosmetischen Mittel vereinfacht und prophylaktisch mancher Gefahr vorgebeugt. Es sollte aber auch kein Arzt sich scheuen, seine Kenntnisse durch ein Studium der kosmetischen Mittel zu bereichern. Abgesehen von der dankbaren Seite dieser Arbeit, ist es der einzige Weg, um nicht-kompetenten Personen die Einmischung in ärztliche Angelegenheiten — und alles, was den Körper angeht, ist Sache des Arztes — zu verlegen.“ *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band VII, Heft 10.

1. **Zur Frage der Katheterstrilisation,** von Alapy. Der Schluſs der bereits im letzten Referat mitgeteilten Arbeit befaſst sich mit dem Nachweis, daſs auch bei Alapys Verfahren die Keimträger ebenso sicher vernichtet werden, als wenn der strömende Wasserdampf direkt in das Innere der Katheter geleitet wird. Dies wird durch eine Reihe von Versuchen erhärtet. Auch die Desinfektion von Instrumenten, die zuvor durch Olivenöl schlüpfrig gemacht worden waren, gelang in vollkommener Weise. Verfasser giebt am Schluſs seiner Arbeit einige Winke, die die Anwendung seiner Methode auch für den Praktiker unter möglichster Schonung der Instrumente möglich erscheinen lassen.

2. **Ein Fall von Urethritis, verursacht durch Infektion mit Bacterium commune coli,** von Josipovich. Nachdem Verfasser schon früher einen ähnlichen Fall beobachtet hatte, der bei mikroskopischer Untersuchung das Vorhandensein von Stäbchenbakterien ergab, konnte er wiederum bei einer akuten Urethritis mikroskopisch im Eiter an Stelle der Gonokokken Stäbchen nachweisen. Diese erwiesen sich bei bakteriologischer Untersuchung als Bakterium coli commune.

Band VIII, Heft 1.

1. **Über elastische Katheter,** von Posner und Frank. Nach einer historischen Einleitung über die Entstehung der elastischen Katheter und über die dominierende Stellung der englischen und französischen Fabrikate gehen Verfasser zu einer Besprechung der deutschen Fabrikate von Rüsch in Cannstatt über, die den fremden mindestens gleichwertig sind. Um die Prüfung auch wissenschaftlich einwandfrei zu machen, haben sie die Katheter auf ihre Struktur mikroskopisch (Gefrierquerschnitte) und chemisch (Auflösung des Lacks durch alkoholische Kali causticum-Lösung) geprüft.

2. **Eine neue Modifikation des Harnleiterkatheters,** von Nitze. Verfasser hat sein bekanntes Instrument in der Weise modifiziert, daſs er die Lichtquelle in die gerade Verlängerung des Schaftes verlegte, so daſs der den Ureterkatheter tragende Schnabel jetzt bedeutend dünner und kürzer gestaltet werden konnte. Dadurch ist das Instrument viel handlicher und praktischer geworden. Verfasser giebt dann noch einige technische Ratschläge für die Handhabung des Ureterkatheterismus.

3. **Beitrag zur Diagnose und Therapie der Prostatatuberkulose,** von Conitzer. Der geschilderte Patient litt anscheinend an primärer Tuberkulose der Prostata; es bestanden allgemeine Beschwerden bei der Harnentleerung, keine Fisteln, Hodenentzündung etc. Cystoskopisch liefs sich aber bereits nachweisen, dafs die Blasenschleimhaut von Tuberkeln durchsetzt war. Um dem Patienten eine palliative Erleichterung zu verschaffen, wurde vom Damm aus eine Entfernung der erkrankten Prostata durch Resektion und Exkochleation versucht, zunächst mit anscheinend gutem Erfolge, doch erlag Patient bald der allgemeinen Miliar- bezw. Nierentuberkulose.

4. **Über Erzeugung von Analgesie in den hinteren Harnwegen,** von Scharff. Um die Einführung von Instrumenten in die hinteren Harnwege, bezw. Ätzungen daselbst schmerzlos zu machen, empfiehlt Verfasser als bestes Mittel den Faradayschen Strom, oder die Applikation der Nervina vom Rectum aus. Die wässerige Form der Medikamente für diesen Zweck ist die wirksamste Form zur Erzielung der Analgesie. Der rektale Weg ist, wo angängig, wegen der Ersparung von Irritation durch Einführung von Instrumenten in die Pars posterior urethrae und die Blase der direkten Kontaktanästhesierung vorzuziehen. *F. Hahn-Bremen.*

The British Journal of Dermatology.

Dezember 1896.

Yaws in Indien, von Arthur Powell-Assam. Die Frambösie ist eine nicht infektiöse, hochgradig kontagiöse Krankheit, welche hauptsächlich in den Tropenländern auftritt und charakterisiert ist durch die Entwickelung von Granulationsgewebe in den oberflächlichen Schichten der Cutis. Je nach dem Grade dieser Entwickelung kann sie die Epidermis in Form von Papeln über das gewöhnliche Niveau erheben, doch nur, wenn sie voll entwickelt ist, repräsentiert sie sich als feuchte, über die allgemeine Hautoberfläche erhabene Granulomata.

Die Krankheit tritt hauptsächlich in Westindien, an der Westküste von Afrika, in Südamerika und im Ostindischen Archipel auf. Auf Ceylon ist sie unter dem Namen „Paranghi" bekannt. Neger werden nicht mehr als andere Menschen befallen. Die Krankheit ist niemals angeboren. — Was die Symptomatologie betrifft, so erscheint zuerst eine Papel gewöhnlich auf einer alten Wunde oder frischen Narbe, beispielsweise auf Impfnarben oder einem Kratzeffekte. Die Papel entwickelt sich rapide zu einem feuchten, gelblichen, fungösen Granulationsknötchen. Bald darauf, gewöhnlich innerhalb von zehn Tagen, zuweilen auch gleichzeitig mit der Initialläsion, erscheint ein ähnlicher Ausschlag am ganzen Körper. In wenigen Fällen tritt der Ausschlag auch ohne das erste Anzeichen der Krankheit auf. Das Inkubationsstadium variiert zwischen drei bis zehn Wochen.

Der Verfasser beschreibt im folgenden ausführlich die Einzelläsionen, bespricht dann die Differentialdiagnose, namentlich zwischen Yaws und Syphilis, zeigt, dafs jener die Polymorphie, die Leistendrüsenschwellung, die Erscheinungen in der Mund- und Rachenhöhle, der Haarausfall, Iritis, die tertiären Symptome der Syphilis, vollständig fehlen. Die gegenteiligen Ansichten verschiedener Autoren werden eingehend widerlegt. Sodann beschreibt der Verfasser eine Epidemie in Assam, bespricht die Behandlung. Merkur und Jodkalium haben sich ihm nicht besonders vorteilhaft erwiesen. (Damit setzt sich der Verfasser mit anderen Autoren in Widerspruch, die gerade mit Merkur und Jodkalium sehr gute Erfolge erzielt haben. Ref.) Die Behandlung mit Toxinen scheint bis jetzt noch von zweifelhaftem Werte zu sein.

Der Verfasser teilt sodann seine histologischen und bakteriologischen Befunde mit, die er bei der Yaws erhalten hat. *C. Berliner Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1896. No. 12.

I. **Beziehungen der Harnvergiftung (Intoxikation) und der Harninfektion,** von Chevalier aus der Klinik Guyons. In der Einleitung seiner beachtenswerten Arbeit weist der Verfasser auf den Nutzen hin, welchen die Pathologie durch die bakteriologische Forschung gewonnen, besonders die Frage des Nährbodens und der Empfänglichkeit hätte neue Gesichtspunkte aufzuweisen.

Was die Anlage für die Infektion betrifft, so giebt es sehr bedeutende individuelle Verschiedenheiten. Man trifft Personen, die sehr hartnäckig der Infektion widerstreben, solche, die sich indifferent verhalten, und solche, welche leicht der Infektion zugänglich sind und zugleich einer hochgradigen Art.

Die Infektion hängt also wesentlich von dem Individuum ab, zugleich aber auch von dem an ihm operierenden Arzte. Von ihm müssen zum mindesten die Regeln der Asepsis und Antisepsis chirurgica stets rigoros gehandhabt werden, die Folgen der Infektion sollen ihm stets vorschweben. Aber auch die Intoxikation möge er berücksichtigen, denn sie bereite gewisse Kranke vor für die Infektion.

Besteht bei einem Patienten Harnintoxikation, so tritt leicht Harninfektion dazu, weil die Bedingungen hierfür in hohem Grade vorhanden sind, das Terrain ist günstig für Entstehung und Entwickelung. Dagegen begünstigt die vorausgegangene Infektion des Harnapparates, welche oft frühzeitig das Nierengewebe heimsucht, nur spärlich und langsam die Intoxikation. Unsere Kranken kommen deshalb weder leicht, noch bestimmungsgemäfs zum Unglück der Niereninsufficienz.

In dem nun folgenden ersten Abschnitte beschäftigt sich Chevalier genauer mit m Einflusse der Harnverhaltungen auf die Erzeugung und den Verlauf der Urininfektion. Speziell diejenige Form, welche als „chronische, unvollständige Retention mit Ausdehnung" bezeichnet werde, mache wohl die Organe und den Organismus absolut empfänglich für die Infektion. Die Patienten werden dabei kachektisch, sind abgemagert, sehen gelblich aus, bieten schwere Verdauungsstörungen dar, kurz es bestehen die positiven Zeichen der Harnintoxikation. Und doch braucht die Infektion in irgend einem Grade zunächst nicht hinzugetreten zu sein. Die Retention hat sich aseptisch entwickelt, bleibt lange so, der Harn ist absolut klar, enthält keine Mikrobien, giebt keine Kulturen; der Kranke ist fieberfrei. Niemals werden diese Patienten das Opfer der Selbstinfektion, in der allergröfsten Zahl derartiger Fälle schafft erst der Katheterismus die Infektion herbei.

Wird bei der „chronischen unvollständigen Retention mit Ausdehnung" der Katheter mit der von der Physiologie und Bakteriologie verlangten Vorsicht angewendet, so werden besonders die Nieren von dem krankmachenden Hindernisse befreit, die ganzen Druckverhältnisse können zur Norm zurückkehren, der Kranke genest von seiner Intoxikation. Gehen so behandelte Kranke zu Grunde, so war nicht die mechanische Behinderung der Nieren schuld, sondern die vorgeschrittene Zerstörung des Nierengewebes.

Während also die Harnintoxikation allein bei nicht zu langer Dauer nur relative Gefahren hervorruft, wird die Sachlage viel bedrohlicher, wenn — gewöhnlich durch einen fehlerhaften Katheterismus — die Infektion hinzutritt. Rasch erfolgen schwere örtliche und allgemeine Zufälle, die in kurzer Frist das tödtliche Ende herbeiführen können.

Andererseits sind auch die Gefahren der Infektion allein nur mäfsige, sobald die Patienten erst einmal von ihrer Intoxikation befreit sind. Für diese Beziehungen bringt nun Chevalier als Belege drei lehrreiche Fälle, die er genügend lange (sechs Monate, ein Jahr, sechs Jahre) beobachtet hatte. In der epikritischen Besprechung

dieser Fälle weist er eigens darauf hin, wie auch eine krankhaft veränderte Niere hinreicht, um die Reinigung des Blutes zu erzielen; es ist dies auch möglich, wenn die krankhaften Veränderungen infektiösen Ursprungs sind. Für die chirurgischen Eingriffe, welche jeweils als nötig sich erweisen, ergiebt sich hierdurch Ermutigung, jedoch ist stets die aufserordentliche Geneigtheit der an „chronischer Retention mit Ausdehnung" Leidenden zur Infektion im Auge zu behalten, sowie die Vorsicht, die Druckverhältnisse nur langsam zu modifizieren, damit nicht die bestehende Niereninsufficienz plötzlich zunehme.

Im zweiten Abschnitt beschäftigt sich der Verfasser hauptsächlich damit, zu erörtern: Was bedeutet das Hinzutreten der Intoxikation zur bereits bestehenden Infektion?

Er weist zunächst nach, dafs die Infektion in verschiedenen Graden jahrelang bestehen kann, ohne dafs die Patienten ernsthaften Beschwerden ausgesetzt sein müfsten. Reichliche Eiterung der Nieren existiert, ohne auffällige Erscheinungen hervorzurufen. Diese Nieren vermögen eben lange ihre sekretorische Fähigkeit zu behaupten, verhalten sich also ganz anders, wie die Nieren bei Morbus Brighti. Wohl kommen auch bei den in den Harnwegen Infizierten mehr oder weniger oft körperliche Störungen vor, aber Genesung kann eintreten oder nicht, jedenfalls beobachtet man sehr lange Zeit nicht die kleinen und grofsen Zufälle der Urämie. Diesem pathologischen Zustande verfallen schliefslich auch die Infizierten, aber viel langsamer und in der Regel erst durch das Hinzutreten der Intoxikation. Dieselbe tritt erst auf, wenn die Veränderungen der Nieren grofse Ausdehnung gewonnen haben. Verdauungsstörungen schwerer Art, namentlich Dyspepsien, melden die durch die Intoxikation bewirkte Verschlimmerung. Gewöhnlich zeigen diese Kranken chronisches Fieber, doch kann Temperatursteigerung auch fehlen, die Temperatur sogar unter Norm stehen. Die Infektion reagiert mit Fieber, aber die Intoxikation widerstrebt dem. Und nun kommen zur Verdauungsstörung und der Hypothermie weitere Symptome von Urämie, welche die Scene beschliefsen.

II. **Anomalien der angeborenen Penisfisteln,** von René le Fort. Diese sehr ausführlich (112 Seiten) gehaltene Arbeit verteilt sich auf 5 Nummern der *Annales* Juli, August, September, Oktober, Dezember). Sie ist also eigentlich als Monographie aufzufassen, über die wir hier nur kurz berichten können. Als allgemeine Schlufssätze ergeben sich folgende:

1. Die Fistelanomalien des Penis stellen sich unter verschiedenen Gesichtspunkten dar, die Unterscheidungen der Autoren decken sich nicht.

2. Ihr einziger gemeinsamer Charakter ist ihr ausschliefslicher Sitz in der Mittellinie.

3. Die zahlreichen Abarten, welche man treffen kann, lassen sich in drei grofse Klassen bringen:

   a) die einen beziehen sich auf Anomalien in der Entwickelung des Harnröhrenblattes,
   b) die anderen werden gebildet durch abnorme Einmündungen der Ausscheidungskanäle: des Rectum, der Ductus ejaculatorii,
   c) es giebt auch unter dem Penis gelegene Fisteln, welche von einem intrauterinen Risse des Harnröhrenkanals herrühren.

4. Die in dieser Studie angenommene Einteilung war im Interesse der klaren Darlegung geboten. Die jetzt vorgeschlagene und auf der Schlufstafel entwickelte Einteilung giebt einen logischeren Überblick über all diese Anomalien, sie beruht auf neu aufgestellten Grundsätzen.

III. **Hydronephrose infolge von Verengerung des Harnleiters,** von Legueu. Der Verfasser hatte Veranlassung, eine Nephrektomie auszuführen wegen Hydronephrose, die durch Verengerung des Ureters entstanden war. Es handelte sich um eine Wanderniere, der Ureter war an seiner Vereinigung mit dem Becken fast ganz verstopft; wie die Untersuchung der operierten Niere ergab, bestand hier nur noch eine Öffnung von Stecknadelkopfgröfse.

Schon im Jahre 1876 konstatierte ein Arzt das Bestehen einer rechtsseitigen Wanderniere. Diese war im Jahre 1890 zu einer enormen Geschwulst herangewachsen, wegen der heftigen Schmerzen wurde punktiert, 150 g Flüssigkeit entleert, diese erwies sich als Urin. Erst im Jahre 1895, nachdem schwere Zufälle (Ohnmachten) vorausgegangen waren und die Geschwulst, wenn auch in wechselnder Art, grofse Ausdehnung zeigte, kam es zu der dann von Legueu ausgeführten Nephrektomie. Heilung trat bald ein.

Der Arbeit ist eine Zeichnung beigefügt, welche die entfernte, gegen die Norm natürlich gänzlich veränderte Niere mit besonders bedeutender Dilatation des Beckens zeigt. Der Ureter erwies sich nur in einer geringen Ausdehnung von höchstens 4—5 mm fast verstopft; hier fand sich ein fibröses, sehr hartes, narbiges Gewebe, welches die Wände verlötete. Eine direkte Ursache dieser Narbe war nicht zu entdecken. Unterhalb der Narbe gewinnt der Ureter, dessen Wände verdünnt sind, bald sein normales Aussehen wieder. In denjenigen Fällen, in welchen sonst die Nephrektomie bei hydronephrotischer Wanderniere ausgeführt wurde, fand man gewöhnlich eine scharfe Knickung, eine Klappe im oberen Abschnitte des Ureters als Ursache, aber nie eine Striktur, wie im vorliegenden Falle. Dennoch glaubt Legueu nur die Wanderniere als Ursache dieser Verengerung ansehen zu sollen. Es ist wahrscheinlich, dafs unter dem langdauernden, bis 20 Jahre zurückreichenden Einflusse der Wanderniere zunächst eine leichte, aber chronische Entzündung sich entwickelte, dafs durch sie die Wandungen eine Umwandlung in sklerotisches Gewebe erfuhren die Verringerung der Lichtung bewirkte dann in mechanischer Weise die Hydronephrose.

Die Berechtigung der Nephrektomie ergab sich besonders klar nach der Operation, denn der gröfste Teil des Nierenparenchyms dieser rechten Niere war verdünnt und zerstört, die linke Niere offenbar schon längst in kompensatorischer Funktion.

Neuhaus-München.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

November 1896.

I. **Eine eigentümliche Affektion der Schleimhaut der Lippen und der Mundhöhle,** von J. A. Fordyce - New York. Der Patient war ein Arzt, der weder starker Raucher, noch Potator war. Vor 2 Jahren bemerkte er zum ersten Male ein symmetrisches Abblassen des Lippenrots der Oberlippe, ausgehend von den Mundwinkeln und sich nach der Medianlinie hin erstreckend; hier blieb nur ein schmaler Streifen frei von der Veränderung. Wenn man die Lippe etwas dehnte, so bemerkte man kleine, unregelmäfsige, dichtgedrängte, miliumartige Körper von hellgelber Farbe gerade unter dem Oberflächenepithel. Bald entwickelte sich dieselbe Affektion in ebenso symmetrischer Weise an der Unterlippe, später in der Mundhöhle entlang der Zahnreihe. Die Effloreszenzen waren hier heller, etwas mehr erhaben und von papillomatösem Charakter. Man wurde an Milien, wie man sie im Gesichte sieht, erinnert. Der Versuch, eines mit einer Nadel herauszuschälen, gelang nicht, weil es an dem darunter befindlichen Gewebe fest haftete. Die Beschwerden bestanden in einem Gefühle von Trockenheit, Steifigkeit der Lippen und in geringem Brennen und Jucken.

Von Interesse ist die Mitteilung des Patienten, dafs er denselben Zustand bei allen Mitgliedern seiner Familie und bei vielen Negern angetroffen habe. Über die Pathologie der an die von Baelz und Unna beschriebene Lippenaffektion erinnernden Krankheit liefs sich nichts Bestimmtes feststellen. Die Behandlung mit Jodtinktur hatte keinen günstigen Erfolg.

II. **Ein Fall von symmetrischer Morphoea begleitet von Blasenbildung und ausgedehnter Ulceration**, von P. A. Morrow-New York. Die Morphoea kommt etwa in 3000 Fällen von Hautkrankheiten einmal vor. Sklerodermia figuriert in etwas stärkerem Verhältnisse. Fast alle neueren Lehrbücher, mit Ausnahme desjenigen von Kaposi, sehen die Morphoea als eine Form der Sklerodermie an.

Der vom Verfasser beobachtete Fall, der einen 66jährigen Wagenbauer betraf, zeigte folgende charakteristische Merkmale der Krankheit in chronologischer Reihenfolge: Zuerst Spannung der Haut des rechten Oberschenkels, später Härte, Trockenheit, Unnachgiebigkeit, Verfärbung von umschriebenen Hautpartien. Ähnliche Stellen traten bald auch am linken Oberschenkel, sodann an den Knien, beiden Beinen, Hüften, Schultern und am unteren Teile des Abdomens auf. Die verfärbten Partien sahen weifs, wie verfettet aus, waren unregelmäfsig gestaltet und von einem lilafarbenen Rande umgeben, der sie von der gesunden Haut schied.

Die Plaques nahmen stetig an Gröfse zu. Zwei bis drei Wochen nach der Entwickelung derselben begannen einzelne Stellen der Plaques gelatineartig zu erweichen, aufzubrechen, worauf dann Ulceration folgte. Schmerzen verursachte diese nicht. Der Patient klagte nur über beständiges Kältegefühl.

Unter der Behandlung mit Mercks Thyroidin und Natrium salicylicum hat sich der Zustand stetig gebessert.

Diskussion (*Journ. of cut.* Bd. 14. S. 446):

Dr. White möchte die Bezeichnung „Morphoea" beibehalten wissen, da es viele Fälle gebe, die mit typischer Sklerodermie keinerlei Beziehung hätten. Die Morphoea neige zu Variationen, während die Sklerodermie nur wenig Mannigfaltigkeit zeige.

Dr. Duhring erinnert daran, dafs er schon seit vielen Jahren zu den wenigen Dermatologen gehöre, welche die Morphoea von Sklerodermie unterschieden hätten. Klinisch wiesen beide Krankheiten grofse Verschiedenheiten auf, während ihre allgemeine Pathologie viele gemeinsame Punkte hätte.

III. **Ein Fall von Paget's Disease der Brustwarze**, von G. Th. Jackson. Die 52jährige, verheiratete Patientin zeigte, als Verfasser sie zum ersten Male im Mai 1895 sah, eine Entzündung um die rechte Brustwarze. Dieselbe war gerötet, etwas krustig und stellenweise erodiert. Sie bot das Aussehen eines chronischen Ekzems dar. Abgesehen von Jucken, verursachte das Leiden keine Beschwerden. Mitte September 1895 war die Brustwarze stark vertieft, der ganze Warzenhof fühlte sich sehr hart an. Brustwarze und Warzenhof waren der Sitz einer erodierten, roten, unregelmäfsig gestalteten, trockenen Partie, in deren Umkreis sich ein hellbrauner, infiltrierter, schwach erhabener Streifen befand. Die Hautgefäfse waren nicht dilatiert. Die Patientin klagte jetzt über beträchtliches Jucken, scharfe, stechende Schmerzen in der Brust. Diese fühlte sich im ganzen hart an. Die Axillardrüsen waren beiderseits vergröfsert. Am 16. Oktober 1895 wurde die Amputation der erkrankten Brust vorgenommen und am 30. die Patientin mit einem guten Heilresultate aus dem Hospital entlassen. Am 17. Juni 1896 sah Verfasser sie wieder, ohne das geringste Zeichen eines Recidivs feststellen zu können.

Im folgenden werden die Resultate der von Prof. Ely vorgenommenen makroskopischen wie mikroskopischen Untersuchung der amputierten Brust, insbesondere

der Brustwarze sehr ausführlich mitgeteilt. Die Befunde decken sich wesentlich mit denjenigen, welche man in allen sorgfältig studierten Fällen von Pagetscher Krankheit erhalten hat.

Zahlreiche Schnitte sind auf Bakterien und Parasiten des Sporozoen-Typus gefärbt und untersucht worden, haben jedoch ein vollständig negatives Resultat ergeben.

Diskussion (*Journ. of cut.* Bd. 14. S. 444):

Dr. Fordyce hält Prof. Elys Befunde interessant, in vieler Beziehung gänzlich von den bisherigen Befunden verschieden. Der Bericht nehme an, dafs fibröses Gewebe zuerst in der Brustdrüse vorhanden sei, und dafs wahrscheinlich sekundär die Brustwarze erkranke. Die meisten Lehrbücher nehmen jedoch an, dafs die Krankheit in den Epidermiszellen beginne und aus einer eigentümlichen Degeneration des Protoplasmas dieser Zellen, welche Zelleinschlüsse oder Psorospermien vortäusche, entstehe und sich entlang der Milchgänge fortsetze.

Dr. Duhring meint, das histopathologische Bild der Krankheit hänge viel davon ab, in welchem Stadium derselben die mikroskopische Untersuchung vorgenommen würde. Gewöhnlich manifestiere es sich im Beginn als eine Entzündung des Coriums, die klinisch kaum von einem chronischen Ekzem zu unterscheiden wäre. In den meisten Fällen fange die Krankheit wahrscheinlich als eine ekzematöse Entzündung an und werde im weiteren Verlaufe epitheliomatös. Das histopathologische Bild sei dann am Ende ein völlig anderes als im Anfange der Krankheit.

Dezember 1896.

I. **Mykosis fungoides mit besonderer Berücksichtigung des prämykotischen Stadiums**, von P. A. Morrow-New York. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle, von denen der erste einen 54jährigen Mann betraf, der vor 6—7 Jahren einen Ausschlag bekam in Form von über den ganzen Körper zerstreuten, rötlichen, schwach schuppenden Flecken. Die Röte und die Abschuppung pflegte teilweise, aber niemals vollständig zu verschwinden. Gegenwärtig ist der Körper bedeckt mit schwach erhabenen, verschieden grofsen und unregelmäfsig gestalteten, rötlichen, zumeist einzeln stehenden, aber stellenweise auch konfluierenden Plaques. Die Intensität der Röte, wie der Infiltration hängt in gewissem Grade von dem Alter der Effloreszenzen ab. Beim ersten Erscheinen zeigen sie eine scharlachartige Röte, die später in ein Braunrot übergeht und im Verschwinden noch dunkler wird. Auf Druck verschwindet die Röte vollständig, um sofort wieder zurückzukehren. Viele der Plaques sind besonders im Zentrum mit dünnen, trockenen, lose haftenden Schuppen bedeckt. Zwei oder drei Plaques auf dem Rücken zwischen den Schulterblättern sind bedeckt mit einer krustenartigen Anhäufung von Schuppen, die entfernt eine feuchte rote Fläche mit kleinen, stecknadelkopfgrofsen, schwach secernierenden Exkrescenzen hinterlassen. Die Haut des ganzen Körpers ist mehr oder weniger verdickt und induriert und zeigt sehr ausgesprochene Hautfelderung. Es besteht starke Schweifssekretion, nur schwaches Jucken, das den Patienten in keiner Weise belästigt. Das Allgemeinbefinden ist vorzüglich. Die Behandlung bestand in Arsenik, das zeitweilig Besserung brachte. Im ganzen jedoch hat in den letzten 1½ Jahren eine Verschlimmerung des Zustandes Platz gegriffen, die sich an der zunehmenden Verdickung der Haut und der Neigung gewisser Hautstellen zur Geschwulstbildung kennzeichnet.

Verfasser beschreibt sodann einen zweiten Fall bei einer 36jährigen unverheirateten Person, die ebenso wie der erste Patient ein exquisites Bild des prämykotischen Stadiums der Mykosis fungoides darbot.

II. **Ein ungewöhnlicher Fall von Lupus vulgaris, Lupus annularis,** von G. T. Elliot-New York. Die Affektion bei der 47jährigen, erblich nicht belasteten, früher stets gesunden Frau trat vor zwei Jahren auf in Form von einzeln stehenden, bräunlichen, stecknadelkopfgroſsen Flecken. Sie waren schmerzlos, nicht erhaben, juckten und schuppten nicht und veränderten sich eine zeitlang gar nicht. Später nahmen sie langsam an Gröſse zu, während die zentrale sich vertiefte, so daſs schlieſslich ringförmige, langsam sich vergröſsernde Efflorescenzen resultierten, die weder aufbrachen noch ulcerierten. Sie saſsen zuerst im Gesicht. Jede einzelne Efflorescenz bestand aus einem weiſsen, durchscheinenden, glatten, narbigen, zentralen Bezirk, der von einem schmalen, schwach erhabenen, etwas resistenten, glatten, bräunlichen Bande umgeben war. Andere Symptome waren nicht vorhanden. Die Diagnose blieb lange Zeit in suspenso, bis etwa $1^1/_2$ Jahre nach Beginn der Affektion eine neue Efflorescenz sich entwickelte, die als ein gelblich-braunes, stecknadelkopfgroſses Knötchen auftrat, sich langsam vergröſserte, im zentralen Teile resorbiert und genau den oben beschriebenen Prozeſs der älteren Efflorescenzen durchmachte. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückchens ergab alle typischen Merkmale von Lupus vulgaris. Auch Tuberkelbacillen, wenngleich in sehr geringer Zahl, fanden sich in einzelnen Schnitten vor. Nunmehr lautete die Diagnose auf Lupus vulgaris annularis.

Der Verfasser bespricht eingehend an der Hand der Litteratur diesen in vieler Beziehung ungewöhnlichen Fall. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Bedeutung des Granulationsgewebes bei der Infektion mit pathogenen Mikroorganismen, von Nicolaus Afanassjeff. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1896. No. 11 u. 12.) In einer vorläufigen Mitteilung berichtet Verfasser über Versuche, Tiere durch das Granulationsgewebe zu infizieren und die sich dabei abspielenden Vorgänge zu studieren. Er erzeugte granulierende Wunden, entweder durch wiederholtes Bestreichen frisch erzeugter Wunden mit Kollodium (Kaninchen, Meerschweinchen etc.), oder durch Einlegen von Glasstäbchen in dieselben (Hunde, Hammel). Parallelversuche an frischen, nicht granulierenden Wunden wurden stets angestellt Benutzt wurden Milzbrandbacillen bei Hunden, Hammeln, Kaninchen, Meerschweinchen, weiſsen Mäusen, und Vibrio Metschnikoff bei Tauben und Hähnen.

Die Ergebnisse sind kurz folgende:

Durch das unbeschädigte Granulationsgewebe findet keine Allgemeininfektion statt. Die Bakterien dringen nicht in den Organismus ein, bleiben im Granulationsgewebe liegen.

Tiere, welche nach den Infektionsversuchen durch das Granulationsgewebe am Leben bleiben, sind immun gegen eine wiederholte Infektion mit vollvirulenten Kulturen vermittelst frischer Wunden.

Die aus dem Granulationsgewebe reingezüchteten Kulturen der vorher aufgetragenen vollvirulenten Bakterien erweisen sich nach 4—12 Stunden als mehr oder weniger abgeschwächt.

Unter Einfluſs des Saftes des Granulationsgewebes findet eine Degeneration der Bakterien statt, der später eine Phagocytose folgt.

Es wäre auf Grund dieser Versuche ein neues, einfaches Mittel zur Immunisierung der Tiere und zur Abschwächung von Kulturen, damit zur Erzeugung eines Impfstoffes gegeben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Experimentelle Beiträge zu der Lehre von der Resorption, von Stanislav Ruzicka. (*Wien. med. Bl.* 1895. No. 24—33.) Die Lösung der Frage, ob die Resorption auf bloſsen physikalischen oder vitalen Prozessen beruht, oder inwieweit das eine und das andere an der Resorption beteiligt ist, steckte sich Verfasser vorliegender Arbeit zum Ziel. Er suchte diese Frage durch das Studium der Hautresorption beim Frosche zu beantworten. Es ist klar, daſs diesem Studium eine weitere Bedeutung zukommen kann, denn die Resultate desselben könnten auch die Frage nach der Resorption im Digestionstraktus und nach der Lymphbildung dem Verständnisse näher bringen.

Bei der Reserption durch die Froschhaut kann es sich um folgende vier Prozesse handeln: um eine aktive Beförderung der Stoffe durch die Thätigkeit des Epithels, zweitens um eine Art von Ansaugung der Flüssigkeiten von der Hautoberfläche durch den lymphatischen Apparat (Filtration durch die Epithelschicht), drittens um Osmose und schlieſslich um Imbibition.

Verfasser kann nun auf Grund einer Reihe genauer, interessanter Experimente die Filtration und Imbibition ausschlieſsen und schlieſst aus seinen Untersuchungen, daſs es sich bei der Resorption durch die Froschhaut um eine Art von aktiver Beförderung der Stoffe durch Thätigkeit des Epithels in der Richtung zur Basis der Epithelialschicht und um osmotische Ströme handelt.

Die Angaben früherer Forscher, daſs die Hautresorption beim Frosche bei aufgehobenem Blutkreislaufe und nach Zerstörung des zentralen Nervenapparates noch immer von statten geht, werden von dem Verfasser bestätigt.

Karl Ries-Stuttgart.

Die Experimente von Linossier und Lannois **über die Absorption der Medikamente durch die Haut** haben ergeben, daſs flüchtige Körper, zumal solche, welche trotz ihres hohen Siedepunktes bei gewöhnlicher Temperatur eine gewisse Gasspannung besitzen, durch die gesunde Haut in einem Maſse absorbiert werden können, welche die therapeutischen Dosen weit übersteigen. Diese Absorption ist eine ganz regelmäſsige und unabänderlichen Gesetzen unterworfen. Was speziell das Guajakol und das Methylsalicylat anbelangt, auf welche Körper sich die Untersuchungen der Verfasser beziehen, so läſst sich ebenso gut, wie bei der innerlichen Darreichung eine genaue Dosierung der therapeutischen Wirkung erziehen, und zwar gestattet diese Art der Medikation die Einverleibung weit gröſserer Mengen, da die Intoleranz der Magenschleimhaut in Ausfall kommt. Dies dürfte besonders für da Salicyl von Bedeutung sein. (*Lyon méd.* 1896. No. 13.) *C. Müller-Wallisellen.*

Über die Resorption des Methylsalicylats durch die Haut, von Cecchi und Nalin (*Rif. med.* 1896. No. 172.) Nach den Experimenten der Verfasser findet das Maximum der Salicylsäureelimination (bis 22%) durch den Urin nach Aufpinselungen von Methylsalicylat in den ersten 6—9 Stunden statt, je nach der Quantität des verwendeten Medikamentes. Um den Organismus unter beständiger Salicylwirkung zu erhalten, müssen die Aufpinselungen bei einer Dosis von 2,0 g Methyl-

salicylat alle 12, bei einer Dosis von 3—4 g alle 18—24 Stunden wiederholt werden. Angesichts der Flüchtigkeit des Präparates müssen zur Vermeidung von Verdunstung noch mehr Vorsichtsmafsregeln getroffen werden, als beim Guajakol.

C. Müller-Wallisellen.

Der Schlaf und seine Beziehungen zu Hautkrankheiten, von L. D. Bulkley, (*Med. Record.* 1895.) Verfasser glaubt auf Grund vielfacher Beobachtungen häufig Beziehungen zwischen dem Schlaf und vielen Hautkrankheiten bemerkt zu haben.

Ursache von Störungen des Schlafs bei Patienten, die an einer Hautkrankheit leiden sind:

a) solche die auf die Verdauung zurückzuführen sind;
b) toxische;
c) von seiten des Cirkulationsapparates;
d) nervöse;
e) psychische;
f) von seiten der Haut.

Diesen Ursachen der Schlafstörung sollte man stets nachforschen und sie beseitigen, weil unvollkommener Schlaf manche Hautkrankheiten (?) hervorruft oder verschlimmert.

In Fällen, wo die Schlaflosigkeit durch eine Hautkrankheit bedingt ist, mufs man durch lokale und innere Behandlung die Hautkrankheit und dadurch die Schlaflosigkeit beseitigen, bevor man zu Narkotik greift. Diese darf man nur geben, wenn die Schlaflosigkeit von Schmerzen herrührt, die mit der Hautkrankheit in Zusammenhang zu bringen sind, dagegen sind sie zu verwerfen, wenn Jucken die Schlaflosigkeit bedingt.

Karl Ries-Stuttgart.

Über Rheumatoiderkrankungen spricht Gerhardt auf dem XIV. Kongrefs für innere Medizin in Wiesbaden. (Nach *Centralbl. f. inn. Med.* 1896. No. 17.) Das Wesen des akuten Gelenkrheumatismus ist zur Zeit noch unbekannt. Es hat sich keine einheitliche Auffassung des Infektionserregers bisher ermitteln lassen. Man beobachtet unechte Formen eines Gelenkrheumatismus bei einer Reihe ganz verschiedenartiger Erkrankungen als Komplikationen, z. B. bei den akuten Exanthemen, bei Typhus, Dysenterie, Blennorrhoe, Scarlatina, Pneumonie, Bronchektasie, Hämophilie, Purpura, Skorbut bei verschiedenen Hautkrankheiten, bei Erythema polyforme, Psoriasis, Urticaria und Syphilis. Diese Gelenkerkrankungen verlaufen bald fieberfrei, bald mit leichterem oder höherem Fieber. Drei Hauptformen sind zu unterscheiden: Gelenkschmerzen, Gelenkschwellung und — Entzündung und Gelenkeiterung, dazu kommen gelegentlich Ansammlungen gröfserer seröser Ergüsse in den Gelenken, Knocheneiterung und Periostitis. Verschiedentlich hat man die krankmachenden Spaltpilze der Grundkrankheit auch in den erkrankten Gelenken nachgewiesen, wie z. B. bei der Blennorrhoe und der Pneumonie, bei der Diphtherie und dem Erysipel. Wahrscheinlich lassen sich auch die Typhusbacillen in den nach Typhus auftretenden Gelenkerkrankungen nachweisen. Diese metastatischen Gelenkaffektionen zeigen unter sich wenig Übereinstimmung, mehr schon aber immer bei ein und derselben Krankheit, so die Tripperrheumatismen und die Scharlachrheumatoide, welche jede für sich ziemlich charakteristisch sind. Als Kennzeichen für diese unechten Gelenkrheumatismen hat man hervorgehoben, dafs sie das Herz nicht schädigen. Für einzelne dieser Erkrankungen ist das auch aufrecht zu erhalten, für die Trippergicht aber gerade das Gegenteil mit Sicherheit nachgewiesen, und auch das Scharlachrheumatoid verbindet sich sehr häufig mit Herzaffektion. Es ist auch unrichtig, dafs die Rheumatoiderkrankungen durch Salicyl, Antipyrin und die übrigen Antipyretica

nicht beeinflufst werden sollen. Zunächst erweist sich das Salicyl in $^1/_6$ der Fälle von echtem, akutem Gelenkrheumatismus als unwirksam und in einem weiteren Drittel der Fälle als nicht ausreichend. Diese Mittel entfalten aber gerade bei manchen der unechten Gelenkrheumatismen eine günstige, bei anderen sogar durchgehends eine gute Wirkung. Die Charakterisierung einer Krankheit nach der Wirkung eines Mittels auf dieselbe ist überhaupt ein anfechtbares Beweismittel. Bei den einzelnen Erkrankungen sind die Gelenke in verschiedener Weise beteiligt. Bei der Trippergicht hauptsächlich die Kniee, beim Typhus hauptsächlich die Hüfte. Der Vortragende spricht nun im einzelnen diese Erkrankungen durch. Hier seien nur seine Bemerkungen hinsichtlich des Tripperrheumatismus wiedergegeben. Es ist festgestellt, dafs manche Kranke bei jeder Blennorrhoe von neuem einen Gelenkrheumatismus erwerben. Dieser ist beim Manne nur anscheinend häufiger, als bei der Frau, bei welcher sich die Blennorrhoe oft der Entdeckung entzieht. In G.'s Klinik hatten 7,3% aller Kranken mit Gelenkrheumatismus einen Tripper gehabt. Bei den Gelenkerkrankungen nach Syphilis sind nur Quecksilber und Jod wirksam.

In 21% der Fälle konnte auf der Klinik des Vortragenden das Vorkommen von Angina bei akuten Gelenkrheumatismen festgestellt werden. Es handelt sich meist um eine leichte Form, die in kurzer Zeit spontan abläuft. Es ist fraglich, ob es sich um reine bakterielle Metastasen von den Tonsillen aus handelt, denn es könnten auch toxische Gelenkerkrankungen sein, wie wir sie gelegentlich nach Injektionen mit Diphtherieheilserum auftreten sehen. Es giebt Rheumatoiderkrankungen, die nichts mit Bakterienwirkung zu thun haben. Die Gelenkrheumatismen bei Angina sind als echte und nicht als metastatische zu betrachten. *H. Einhorn-München.*

Die Ästhesiometrie bei der Untersuchung des peripheren Nervensystems und bei der Diagnose einiger Dermatosen, von N. Barbucco. (Bologna 1894.) Barbucco hat ein neues Ästhesiometer konstruiert, welches gleichzeitig die Schmerzempfindung (mittelst einer Spitze) und die Druckempfindung (von 1—1000 g, mittelst Platte) genau graduiert, sodafs das Instrument also zugleich Ästhesiometer und Barästhesiometer wäre. Dasselbe soll nun in Fällen von Hautkrankheiten darüber aufklären, ob diese idiopathisch oder symptomatisch, ob primär oder sekundär, ob sie die Ursache, die Folge oder konkomitierende Erscheinung der gestörten Sensibilität sind; es soll uns genauen Aufschlufs geben über die Fortschritte der Anästhesie (resp. Analgesie) von Tag zu Tag, resp. über deren Wendung zum besseren (Syphilis, Lepra). Eine besondere Wichtigkeit schreibt er der Ästhesiometrie zu bei der Differentialdiagnose zwischen der Lepra und einer Reihe anderer Dermatosen, welche mit ihr verwechselt werden könnten (Lupus erythematosus, Malaria, Syphilis maculosa, Acne rosacea hypertrophica, etc. etc.). *C. Müller-Wallisellen.*

Remlinger betont die Wichtigkeit häufiger Bäder zur **Verminderung der Mikroorganismen der Hautoberfläche** und zur Erlangung möglichster Asepsis derselben. Die Entstehung einer ganzen Reihe von Dermatosen (Impetigo, Ekthyma, Furunkel, gewisse Follikulitiden) läfst sich mit Sicherheit auf die Wirkung von Staphylokokken zurückführen. Andererseits dürfen aber andere Mikroorganismen, die als nicht pathogen gelten, keineswegs als völlig unschuldig betrachtet werden, indem sie zum Teil auf mechanischem Wege die Hautfunktion beeinträchtigen (Verschlufs der Drüsenausführungsgänge und daraus resultierende Verminderung des Gasaustausches — Quinquaud). (*Indépendance méd.* 1896.) *C. Müller-Wallisellen.*

Über das Vorkommen von Schimmelpilzen bei Syphilis, Carcinom und Sarkom von Josef Kremer. (*Centrabl. f. Bakt. u. Parasitenk.* 1896. No. 2 u. 3.) Auf der Naturforscherversammlung in Wien 1894 berichtete der Verfasser über den Befund

von Schimmelpilzen bei Syphilis, Carcinom und Sarkom. In vorliegender Arbeit giebt er die Ergebnisse der weiteren eingehenden Untersuchungen wieder. Er schildert genau die Befunde, die Polymorphie der gefundenen Pilze und die Züchtungsversuche, welche ergeben, dafs die verschiedenen Formen der bei Syphilis gefundenen pflanzlichen Parasiten alle einer Aspergillusart angehören. Durch Umzüchtung kann man eine Form aus der anderen erhalten. Er bezeichnet diesen bei sieben Fällen als identisch befundenen Pilz als Syphilis-Aspergillus, ohne der ätiologischen Beziehung zu präjudizieren, da positive Impfversuche nicht vorliegen. Ebenso fand er einen Carcinom-Aspergillus und Sarkom-Aspergillus. Die Abgrenzung ist beim Mangel spezifischer Färbungsmethoden und der schwierigen Beurteilung der geringen morphologischen Differenzen keine leichte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Röntgenstrahlen und reflektiertes Sonnenlicht, von R. Bowles. (*Camera club Journ.* April 1896.) Zur Vermeidung der irritierenden Wirkung der Sonnenstrahlen auf Schneeflächen hat Verfasser an sich selbst und zahlreichen anderen Personen in der Weise experimentiert, dafs er die Gesichtshaut braun bestrich. Das Resultat hiervon war, dafs die so behandelten Personen im Gegensatze zu den anderen regelmäfsig keine Wirkung der Bestrahlung verspürten. Diese Thatsache führte B. auf den Gedanken, dafs die rasch eintretende Braunfärbung auf Schneefeldern (besonders bei frisch gefallenem Schnee), wie dies an den Kurgästen von Davos, an Gletscherbesteigern, sowie an der Holzfassung der Berghütten beobachtet wird, als ein physiologischer Vorgang zu betrachten sei, wobei die Natur vorsorglich und schützend eintritt: durch das reichlich aus der Cutis in die Epidermis aufsteigende Pigment werden Nerven und Gefäfse gegen die Einwirkung des Lichtes gedeckt. Die hierbei am meisten wirksamen Strahlen des Sonnenspektrums sind die violetten und ultravioletten, während die Hitze als solche kaum in Betracht kommt, indem trotz lebhaftem Kältegefühl die entzündlichen Erscheinungen auf der Haut eintreten, ja in dichtem Nebel sogar noch intensiver. Die durchsichtige Epidermis spielt bei diesen Vorgängen die Rolle des Glases, indem es den Lichtstrahlen den Durchtritt zu den Nerven und Gefäfsen gewährt, wo sie dann zerlegt werden und dunkle oder lange heifse Strahlen abgeben, welche ihre reizende Wirkung auf diese Organe ausüben. Gestützt hierauf betrachtet B. die Röntgenschen X-Strahlen als durch Reflexion modifizierte gewöhnliche Lichtstrahlen. *C. Müller-Wallisellen.*

Zur Behandlung der lymphatischen Anämie, von L. Fürst. (*Der ärztl. Prakt.* X. Jahrg. No. 11.) Verfasser empfiehlt aufser entsprechender Diät und Hygiene wöchentlich drei warme Bäder von 20 Minuten Dauer (27° R.), mit Mattonis Moorsalz (½—1 kg). Nach dem Bade wird der Körper mit Franzbranntwein und Salz (je ein Eflöffel auf 1 l stubenkalten Wassers) frottiert. Dann eine Stunde Bettruhe. Die Drüsen werden abends mit Jodvasogen eingerieben. Im Winter früh und abends ein Eflöffel Jodeisenleberthran (Lahusen), im Sommer wird Liq. ferro-manganic. jodopeptonat (Helfenberg) früh und abends ein Eflöffel mit ebenso viel Tokayer vermischt. Im Sommer folgt ein Aufenthalt in Tannenwald- und Gebirgsluft.
A. Strauſs-Barmen.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über den Gonococcus in der gerichtlichen Medizin, von P. Simon. (Nach *Ann. des mal. d. org. gén.-ur.* 1896. No. 4.) Anknüpfend an einen Fall aus der eigenen Praxis, in welchem ein non liquet ausgesprochen werden mufste, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Die bakteriologische Untersuchung auf Gonokokken darf oft nur ein schwacher Behelf sein. Hätte man übrigens in einem Scheidenausfluſs Gonokokken gefunden, die nach Form, Färbung und Kultur unzweifelhaft charakteristisch wären, so bliebe doch noch übrig, die Frage aufzuwerfen, ob indirekte oder zufällige Ansteckung vorliege. Für gewisse Autoren erscheint diese als Regel, das Verbrechen als Ausnahme.

Neuhaus-München.

Zur Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Blennorrhoe, von F. Kiefer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 28.) Verfasser demonstriert an Zeichnungen die frappante Ähnlichkeit des Meningococcus (Weichselbaum) mit dem Gonococcus: Form, intracellulare Lagerung ist dieselbe; auch läſst sich bei beiden Kokken ein heller Hof darstellen, der eine Kapsel vortäuscht, und den Verfasser als eine schleimige Sekretionsschicht der Stoffwechselprodukte des betreffendenen Coccus ansieht. Das tinktorielle Verhalten, Entfärbung nach Gram, ist auch das gleiche. Grundverschieden ist dagegen das Verhalten beider Kokken auf künstlichen Nährböden. Während die Kulturen des Gonococcus graudurchscheinend sind, wenig Tendenz zu flächenhafter Ausdehnung zeigen, sind die des Meningococcus weiſslichtrübe, von perlmutterartigem Glanze und zeigen erhebliche Neigung zur Konfluenz. Verfasser acquirierte beim Arbeiten mit den Meningokokken eine starke eiterige Rhinitis, aus deren Sekret sich der Meningococcus züchten lieſs. Vielleicht wirft diese Mitteilung ein Licht auf die Ätiologie der blennorrhoisch genannten Erkrankungen von Nase, Ohr, Mundschleimhaut und klärt die Widersprüche über Gonokokkenzüchtung. *F. Hahn-Bremen.*

In seinen Untersuchungen **über die Reaktion des blennorrhoischen Eiters und der Harnröhrenschleimhaut und über die Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit des Gonococcus** kam Colombini zum Resultate, daſs diese Reaktion ohne den geringsten Einfluſs bleibt, sowohl auf den Verlauf der Blennorrhoe als auf die Behandlung derselben, indem sich die Gonokokken, sowohl in einer konstant alkalisch reagierenden Urethra, als auf künstlichen, sauren Nährböden entwickeln und vermehren. (*Giorn. intern. d. sc. med.* XVIII. Jahrg. pag. 481.)

C. Müller-Wallisellen.

Eine neue Methode zur Färbung der Bakterien, insbesondere des Gonococcus Neisser, im Trockenpräparat, von Ludwig Pick und Julius Jacobsohn. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 36.) Verfasser haben gefunden, daſs ein Gemisch zweier basischer Anilinfarben am brauchbarsten für die Färbung sind und wenden eine Kombination von Gentianaviolett und Methylenblau und eine solche von Methylgrün und Dahlia an.

Zu 20 ccm destillierten Wassers werden nacheinander 15 Tropfen Karbolfuchsin (Ziehl) und 8 Tropfen konzentrierte alkoholische Methylenblaulösung hinzugefügt; damit ist die Mischung sofort gebrauchsfertig. Sie erscheint in exquisiter Mischfarbe, dunkelblaurot, ziemlich dünn. Zur Färbung wird das in der üblichen Weise hergestellte Deckglas- oder Objektträgertrockenpräparat mit einigen Tropfen der Farblösung 8—10 Sekunden beschickt und kurz mit Wasser abgespült. Die angetrocknete Schicht erscheint jetzt fuchsinrot mit leichtem bläulichen Schimmer. Dann wird getrocknet, eventuell zieht man das Präparat mit nach oben gerichteter Schicht dazu einige Male durch die Flamme. Sämtliche vorhandene Bakterien, ausgenommen die schwer färbbaren (Tuberkel - Leprabacillen und Bacillensporen) erscheinen unter schärfster Konturierung stets tiefblau, die Zellkerne hellblau, öfters mit leichter rötlicher Beimischung, Zellprotoplasma, Schleim, nekrotische Zellelemente etc. in heller

Fuchsinfarbe, der Zellleib der Deckepithelien besonders leuchtend rot. Gewisse Arten von Mikroorganismen zeigen eine ganz besonders dunkle, dunkelblauschwärzliche Färbung, die bei sekundenlanger Einwirkung momentan auftritt. Die Farbenkontraste in den der Vorschrift entsprechend gefärbten Präparaten sind aufserordentlich augenfällige und darin liegt der Hauptvorzug des Verfahrens vor der einfachen Färbung, indem intracelluläre oder intranukleäre Bakterien leicht wahrgenommen werden. Diese Färbung ist deswegen für den Gonococcus Neisser sehr charakteristisch, indem er zu den mit dem Fuchsinmethylenblaugemisch besonders gierig und schwärzlich färbenden Bakterien gehört. Besteht eine Mischinfektion oder sind, wie bei der Blennorrhoe der Frau, noch Bakterien anderer Art vorhanden, so bietet die dunklere Farbe der dick und klumpig erscheinenden semmelförmigen Gonokokken gegenüber der gesättigt blauen der anderen Bakterien eine sichtliche Differenz. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Züchtung des Gonococcus in Reinkulturen an Tieren, berichtet Heller. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1896. No. 57.) Dem Vortragenden ist die Seltenheit der Blennorrhoea conjunctivae bei mit Blennorrhoe behafteten Erwachsenen aufgefallen, während Kinder doch bekanntlich sehr zu ersterer disponieren. Er schlofs daraus, dafs das jugendliche Alter dabei von Bedeutung sein mufs und versuchte deshalb auch die Reinkultur des Gonococcus an Tieren positiv zu gestalten durch Benutzung neugeborener Kaninchen, denen unter aseptischen Mafsnahmen Gonokokkenkulturen in die Conjunctiva gebracht wurden. Die Augen wurden dann durch Heftpflaster und Kollodium geschlossen. Wirklich entstanden in den 45 Fällen Conjunctivalblennorrhoen, die in drei Fällen zu tiefen Cornealgeschwüren führten. Bemerkenswert ist, dafs bei den Tieren die Gonokokken keine so grofse Neigung zeigen, von den Zellen aufgenommen zu werden; sie liegen ebenso oft extracellulär wie intracellulär. Aus dem Eiter der Kaninchen Reinkulturen nach dem Kieferschen Verfahren zu gewinnen, gelang aber nur in einem Falle.

Max Wolff bezweifelt die Gonokokkennatur der vorgezeigten Präparate, da die charakteristische Semmelform fehlt und die intracelluläre Lage vermifst wird.

Heller erkennt dieses an, hält aber den Beweis für erbracht, dafs man bei Tieren ein der menschlichen Blennorrhoe entsprechendes Krankheitsbild erzeugen kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Kulturen von Gonokokken. (*Hosp. Tid.* 1896. No. 15.) Dr. Nicolaysen benutzt als Nahrungssubstrat für Gonokokken eine Mischung von 2% Agar mit 1% Pepton, welches er sterilem pleuritischem Serum zusetzt. Der flüssige Agar wird bei 50° mit dem Serum gemischt und in Petrische Schalen gegossen; nach der Abkühlung wird der blennorrhoische Eiter mit einer Platinnadel auf die Platte gestrichen. 24—48 Stunden später erscheint ein reichliches Wachstum von Kolonien mit den für Gonokokken beschriebenen Charakteren, bisweilen fast in Reinkultur. Die Gonokokken lassen sich auf diesem Nährboden, so lange man will, fortpflanzen.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Über blennorrhoisches Fieber hielt Róna einen Vortrag in der ungarischen k. Gesellschaft der Ärzte in Budapest (Sitzung vom 29. Februar 1896.) Verfasser benutzte das Krankenmaterial seiner Männer-Krankenabteilung vom Jahre 1894—1895, deren Zahl 328 war, die teils an akuter, teils an subakuter Blennorrhoe litten. Von diesen waren 101 fieberhaft, das Fieber konnte stets auf eine Komplikation der Blennorrhoe zurückgeführt werden und zwar Epididymitis, Funiculitis, Spermatocystitis, Prostatitis, Periurethritis, Cystitis und Lymphangitis penis. In 5 Fällen anderweitige fieberhafte Erkrankungen, in 5 Fällen genitale Tuberkulose. In 4 Fällen

konnte weder eine lokale, noch eine anderweitige Ursache konstatiert werden. Von diesen 4 Fällen war beim 1. Falle zwei Tage hindurch ein subfebriler Zustand eingetreten, beim 2. Falle ein Tag, beim 3. Falle drei Tage anhaltendes leichtes Fieber, beim 4. Falle acht Tage anhaltendes remittierendes leichtes Fieber und vier Tage subfebriler Zustand. Im „öffentlichen Ambulatorium" wurde die Temperatur bei 50 mit akuter Blennorrhoe behafteten Individuen genau kontrolliert, von denen 7 lokale Komplikationen hatten, bei 2 die Ursache des Fiebers nicht eruiert werden konnte. Es waren daher von 378 Kranken 110 fieberhaft und bei 6 von diesen 110 Fiebernden konnte die Ursache des Fiebers nicht ermittelt werden.

Diese Untersuchungen ergaben, daſs bei den an Blennorrhoe erkrankten Männern die Ursache des Fiebers in der gröſsten Zahl der Fälle die lokalen Komplikationen verursachen, daſs in den ersten Wochen der männlichen Urethralblennorrhoe Fieber auftreten kann ohne Zeichen der lokalen Komplikationen, sogar ohne daſs der Kranke oder der Arzt Kenntnis davon hätte, wenn nicht pünktliche Temperaturmessungen vorgenommen worden wären und daſs bloſs in einer verhältnismäſsig geringen Anzahl der Fälle Fieber auftritt, bei denen weder ein lokaler, noch ein entfernterer komplikativer Prozeſs nachzuweisen ist.

Und gerade diese seltenen Fälle sind diejenigen, denen wir eine gröſsere Aufmerksamkeit zuwenden müssen. Klinisch sind diese Fälle noch schwerer definierbar, indem sich dazugesellende abortive oder unregelmäſsig verlaufende infektiöse Erkrankungen (Influenza, Typhoid, ephemäres Fieber, Malaria, urethrales Fieber), Gastricismus, verborgene Phlebitis selbst bei gewissenhaftester Kontrole oft sehr schwer sicher auszuschlieſsen sind. Verfasser will nun von seinen Beobachtungen weder pro noch contra einen sicheren Schluſs folgern, er wollte blos die Thatsache registrieren und die Aufmerksamkeit darauf lenken. In diesen Fällen würde er nur dann eine vorübergehende allgemeine Gonokokkeninfektion, also ein genuines blennorrhoisches Fieber sicher annehmen, wenn in solchen Fällen das Blut auf Gonokokken untersucht werden möchte, und positive Resultate ergeben möchte.

Diskussion. Havas wünscht nur bezüglich der 6 Fälle, bei denen Vortragender Fieber 38—38,8° gefunden hat, eine Bemerkung hinzuzufügen. Bekanntlich giebt es Individuen, die auf bloſsen Schreck Fieber bekommen, bei denen unter ungewöhnlichen Verhältnissen ohne jedwede Läsion die Temperatur mit 1—1,5° steigt. Dies beruht im Sinne Samuels auf nervöser Basis (Febris simplex). Er möchte dieses Fieber nicht als blennorrhoisches Fieber betrachten, sondern im Sinne Samuels, und nur in dem Falle, wenn dasselbe eine längere Zeit ohne Komplikation vorhanden ist.

Feleki kann sich mit den Deduktionen des Vortragenden nicht einverstanden erklären.

Verfasser beruft sich auf vor Jahren erschienene Arbeiten, in denen das bei der Blennorrhoe aufgetretene Fieber auf unbekannte Ursachen zurückgeführt war. Heute sind uns die Ursachen des Fiebers bekannt, indem selbige Begleiterscheinungen benachbarter oder entfernter gelegener komplikativer Prozesse sind. Die Statistik von Ferraki kann nicht ernst genommen werden, bei seinen 50 Fällen waren $^2/_3$ fieberhaft; indem er aber rektale Messungen vorgenommen hat, also in der Nähe des Entzündungsherdes, läſst sich ja leicht die geringe Temperatursteigerung erklären. Was die 6 Fälle des Vortragenden anbelangt, bei denen er die Ursache des Fiebers nicht eruieren konnte, war dasselbe bei 4 so gering, daſs es vielleicht doch auf ganz andere nicht im Zusammenhange stehende Ursachen zurückgeführt werden könnte. Nebstdem sind die Fälle nicht genügend lang beobachtet. Dies alles und die zusammengestellte Statistik beweisen eben, daſs diejenigen nicht Recht haben, die da sagen, daſs auch ohne nachweisbare Ursache ein blennorrhoisches Fieber vorhanden

sein kann. In der Regel kann die Ursache des Fiebers eruiert werden und nur sehr selten gelingt dies nicht, wie dies auch die wenigen von den vielen Fällen des Vortragenden bewiesen haben.

Rona entgegnet nur auf die Bemerkung von Havas, dafs er durch Schreck verursachtem Fieber keinen Glauben schenkt; ein solches Fieber hat er noch nie beobachtet. Er wollte nur nachweisen, dafs genaue Untersuchungen uns lehren, dafs das Fieber auf Komplikationen zurückzuführen ist und nur in einzelnen Fällen nicht. Auf die Bemerkung von Feleki, dafs Verfasser sich auf alte Autoren beruft, kann er nur erwiedern, dafs deren Daten mit den heutigen übereinstimmen. So haben Lebbe 1875, Finger 1892, Max v. Zeissl 1894 ähnliche Daten geliefert, er wollte nur damit andeuten, dafs auch diese bei nicht komplizierter Blennorrhoe Fieber gefunden haben. Zur Zeit wissen wir bereits, dafs Gonokokken in die Blutbahn dringen, komplikative Erkrankungen nicht verursachen, aber eine allgemeine Infektion herbeiführen können. Wenn wir nun die Ursache des Fiebers nicht nachweisen können, müssen Blutuntersuchungen gemacht werden, welche den Nachweis der Gonokokken führen sollen.

A. Aschner-Budapest.

Die Bakteriurie als Komplikation der blennorrhoischen Erkrankung, von M. Schlifka. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 18.) Verfasser bespricht speziell jene Bakteriurie, die man häufig im Gefolge des blennorrhoischen Prozesses auftreten sieht. Ist die instrumentelle durch Bakterien verursachte Infektion in der Anamnese ausgeschlossen, so ist die Möglichkeit für deren Einwanderung in die Blase: 1. per urethram, 2. von benachbarten Organen gegeben, entweder durch direkte Kommunikation der Prostata mit dem untersten Darmabschnitte oder auf dem Wege der Lymphbahn. Die Bakteriurie wird zumeist durch das Bacterium coli commune hervorgerufen, dessen Ansiedelung leichter geschehen kann, wenn eben das subepitheliale und submuköse Gewebe infolge der Blennorrhoe verändert ist, oder der hintere Abschnitt der Harnröhre steht in direktem Zusammenhang mit dem untersten Darmabschnitte infolge von ausgedehnterem Zugrundegehen des Prostataparenchyms oder wenn kleine Drüsenanteile an der Peripherie der Prostata abscedieren.

Unter die Beschwerden, welche die Bakteriurie verursachen kann, sind einerseits die lokalen zu rechnen, indem ohne vorherigen Exceſs und schon nach langer Zeit versiegter Sekretion sich plötzlich aus der vorderen Harnröhre ein dickrahmiger Ausfluſs zeigt, in welchem mikroskopisch die vollständige Abwesenheit von Gonokokken und nur mässig Bacterium coli nachzuweisen ist. Andererseits die allgemeinen, indem sich in manchen Fällen ein kontinuierlicher oder zeitweise auftretender Fieberzustand entwickelt, verbunden mit groſser körperlicher Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Übelbefinden und Brechreiz.

Die beste Prognose quoad restitutionem ad integrum geben jene Fälle, in denen die Blase allgemein infiziert ist. Die lokale Behandlung der Bakteriurie besteht in Einträufelungen konzentrierter Silbernitratlösungen in die Blase und Pars prostatica mit vorhergehender Expression der Prostata. Innerlich können Salicylsäure und deren Derivate gereicht werden. *A. Aschner-Budapest.*

Blennorrhoische Entzündung, von Herbert J. Hopkins. (*Med. Record.* 23. Mai 1896.) Eine kurze Besprechung der blennorrhoischen Erkrankung der Conjunctiva und der Harnröhre ohne neue Gesichtspunkte. *J. Appel-Altona.*

Verschiedenes.

Die neue Prüfungsordnung für Mediziner. Besprechung und Vorschläge, von C. Hasse. (Bergmann, Wiesbaden 1896.) Die Veröffentlichung der Ergebnisse der kommissarischen Beratungen über die Revision der medizinischen Prüfungsordnung geben dem Verfasser den Anstofs zu den vorliegenden Betrachtungen. Er acceptiert die Verlängerung der Studienzeit, die obligatorische, einjährige Krankenhausthätigkeit nach dem Staatsexamen, die Forderung einer zweijährigen spezialistischen Studienzeit für Spezialärzte, die Aufnahme der Psychiatrie etc. Seine besonderen Wünsche gehen darauf hinaus, eine naturwissenschaftliche, eine ärztliche Vorprüfung und eine ärztliche Prüfung zu verlangen, d. h. den Studiengang zu gliedern in einen naturwissenschaftlichen von zwei, einen anatomisch-physiologischen von drei und einen klinischen Abschnitt von fünf Semestern. Dagegen soll die Prüfung in Anatomie und Physiologie bei der ärztlichen Prüfung fortfallen, während die topographische Anatomie in derselben eine Stelle erhält. Schliefslich betont der Verfasser die Notwendigkeit des Nachweises einer Ausbildung auf dem Gebiete der socialpolitischen Gesetzgebung, den Nachweis einer Ausbildung auf dem Gebiete den Unfälle, der Invalidität und deren Beurteilung mit Bezug auf Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Kurze Beschreibung einer **Hauttransplatation** nach Thiersch in einem Falle von hochgradiger Ulceration der Haut des Vorderarmes nach ausgedehnter Laugenverbrennung; ungestörte Heilung. R. Menger. (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. No. 24.)

H. Einhorn-München.

Das Berliner Polizeipräsidium veröffentlicht eine Anzahl Analysen von Geheimmitteln, von denen uns die folgenden interessieren dürften:

Kneifels Haarwuchstinktur: Ätherische Öle, Extraktstoffe von Zwiebeln und Chinarinde.

Lewinsons Mittel gegen Fufsschweifs: Eisenchloridlösung.

Musiker **Ranebergs Mittel gegen Fufsschweifs**: Boraxlösung (1%) mit Benzoë- und Myrrhentinktur.

Masseur **Schallers Flechtensalbe**: Bleipflaster mit Muskatbalsam. Desselben Tropfen: Rhabarberwein mit Tinct. aromatica. Desselben Einreibung: Ätherische Chloroformlösung.

Anna Rupperts Schönheitsmittel (Skintonic): Quecksilberchlorid (0,36%) und Glycerin.

Gebhards Schönheitsextrakt: Glycerin und Ricinusöl.

Lewinsohns Flechtensalbe: Bleiweifs, Quecksilberpräcipität, ätherische Öle.

(*Pharm. Centralhalle.* 1896. No. 46.)

Inguinale und skrotale Cysten bei Kindern, von Th. Manley. (*Amer. med.-surg. bull.* 12. Sept. 1896.) Genaue Darstellung des Mechanismus ihrer Entstehung, ihrer Komplikationen mit Netz- und Darmhernien und der Behandlung. Vor operativem Eingreifen hygienische Mafsnahmen, bei Verdacht auf Lues spezifische Therapie, bei Mucocelen des Samenstranges Druckverband.

H. Einhorn-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 7. 1. April 1897.

Paraplaste.

Von

P. G. Unna.

Im vorigen Jahre habe ich gelegentlich des III. internationalen Dermatologen-Kongresses in London eine neue Form medikamentöser Pflaster vorgezeigt, welche von ihrem Fabrikanten, Herrn Dr. Troplowitz (Firma: P. Beiersdorf & Co.), den Namen „Paraplast“ [1] erhalten hat. Die Anregung zur Konstruktion dieser neuen Pflasterart ging von England aus, indem englische Fachkollegen, welche mit der Wirkung der Pflastermulle sehr zufrieden waren, die gering erscheinende Verbesserung derselben wünschten, dafs ihre Farbe der Haut ähnlicher gemacht werde, um dieselben besser an Gesicht und Händen verwenden zu können. Unsere Versuche jedoch, diesen Wünschen mit Hülfe des für die Guttaperchapflastermulle notwendigen Materials gerecht zu werden, sind vollkommen gescheitert. Es ist eben nicht möglich, eine Schicht von Guttapercha mit einer hautfarbenen Stoffschicht dauernd, sowie in den Guttaperchapflastermullen, zu einer Unterlage zu vereinigen,[2] ebensowenig kann man der Guttapercha selbst eine hautähnliche Farbe geben.[3]

Wir wandten uns deshalb wieder älteren Ideen zu, in welchen Kautschuk — der in den Guttaperchapflastermullen nur als Konstituens der Pflastermasse figuriert — dazu diente, die Grundlage impermeabel zu machen. Wenn früher derartige Versuche an der Schwierigkeit scheiterten, auf eine billige Weise passende Gewebe einseitig mit einer Kautschukschicht zu versehen, so ist seit kurzer Zeit die Lösung dieser Aufgabe der Technik gelungen. Dieser Umstand allein macht es heutzutage möglich, Pflaster mit Kautschukunterlage zu konstruieren, welche in gewissen Beziehungen selbst mit den Guttaperchapflastermullen konkurrieren können. Erst jetzt verlohnt es sich mithin, das Problem rationeller

[1] von der verwendeten Sorte Paragummi.

[2] In den bisher zu meiner Kenntnis gelangten derartigen Präparaten löst sich beim Gebrauche die Stoffschicht von der Guttaperchaschicht; dieselben sind deshalb höchstens für Hühneraugenpflaster u. dgl. Zwecke zu gebrauchen.

[3] Versuche, gereinigte weifse Guttapercha zu verwenden, scheiterten an deren Brüchigkeit; zudem würde sich der Preis der Pflaster verdreifachen. Mittelst künstlicher Färbung gewinnt braune Guttapercha keinen annähernd hautfarbenen und dem Auge wohlthuenden Farbenton.

Kautschukpflaster näher ins Auge zu fassen, um auf diesem Wege vielleicht die nicht leichte Aufgabe der Herstellung hautfarbener und zugleich ausreichend wirksamer medikamentöser Pflaster zu lösen.

Da die Bedingung eines hautfarbenen Aussehens die Anwendung des Mulls, wie in den Guttaperchapflastermullen, für die Kautschukpflaster verbietet, dieselben aber an Feinheit und Schmiegsamkeit jene möglichst erreichen sollen, so sind wir zu einem feinfaserigen, dichten Baumwollenstoff übergegangen, welcher jede Art der Färbung gestattet.

Dieser Stoff verlangt so wenig Kautschuk zur Impermeabilisierung, dafs der letztere gleichsam nur die Poren des Gewebes ausfüllt und die Pflastermasse eigentlich direkt ohne Dazwischenkunft einer besonderen impermeablen Schicht auf den Stoff gestrichen werden kann. Dadurch läfst sich eine aufserordentliche Feinheit der Pflastergrundlage erzielen. Eine, wie die Erfahrung lehrt, sehr wertvolle Zugabe ist es, dafs der mit Kautschuk versehene und vulkanisierte Stoff durch diese Bearbeitung eine hohe Zugfestigkeit erlangt, die ihn befähigt, trotz seiner Zartheit als Grundlage von Pflastern zu Streckverbänden zu dienen. Die Vulkanisierung ist durchaus notwendig, um den Kautschuk vor einer spontan eintretenden Zersetzung (Oxydation) zu bewahren, welche das Gewebe mit der Zeit schmierig machen würde. Durch diesen Prozefs ist allerdings der in das Gewebe eingedrungene Kautschuk von jeder Wirksamkeit in den Pflastern ausgeschlossen und hierin liegt ein prinzipieller Unterschied von den Guttaperchapflastermullen. In den letzteren trägt in der Hautwärme die Masse der zur Unterlage benützten, nicht vulkanisierten Guttapercha durch ihre unter diesen Umständen nicht geringe Plasticität sehr zur innigen Vereinigung der Pflaster mit der Haut bei. Die Unterlage der Kautschukpflaster hat dagegen auch in der Hautwärme keine spezifische Adhäsion für die Haut, alle Klebkraft mufs ihr durch eine zweckmäfsig gewählte, stark klebende Pflastermasse erteilt werden. Die Eigenart des vulkanisierten Kautschuks ist mithin in letzter Instanz die Ursache, dafs für das Konstituens der auf demselben hergestellten Pflaster stärker klebende Massen, als sie bei den Guttaperchapflastermullen verwendet werden, herbeigezogen werden müssen.

Bei den Guttaperchapflastermullen genügt eine Mischung von Kautschuk mit Adeps lanae für eine ausreichend klebende Pflastermasse, bei den Kautschukpflastern kommt man ohne einen Zusatz von Harz, wie er in allen früheren Pflastern eine Rolle spielte, nicht aus; dagegen können wir alle jene unvollständig verharzten Stoffe, wie Terpentin, Elemi, Copaivabalsam und andere Balsame, auch Pix navalis, welche für die Haut starke Reizmittel sind und dennoch für die meisten früheren Pflaster als Klebemittel verwendet wurden, entbehren und müssen diese auch grundsätzlich vermeiden, da Reizlosigkeit der Pflastermasse für die neuen

Kautschukpflaster, wie für alle medizinischen Pflaster, nach meiner Ansicht die erste Bedingung sine qua non ist.

Wir haben der Sicherheit wegen nur solche Harze zugelassen, welche bis zu einer Temperatur von 120° unveränderlich sind, d. h. welche auch bei dieser hohen Temperatur keine ätherischen Öle abgeben und sich nicht weiter oxydieren, nämlich in der Hitze gereinigtes Kolophonium und Dammarharz. Übrigens sind von jedem ungefähr nur 8% in der Pflastermasse notwendig. Nach meiner und anderer Ärzte bisherigen Erfahrung sind die so hergestellten Kautschukpflaster reizlos; sie verändern sich auch nicht, wenigstens nicht im Verlaufe von ca. 2 Jahren, durch Beimischung basischer Medikamente wie Zinkoxyd. Die Pflastermasse besteht also aus Kautschuk, Adeps lanae, Kolophonium und Dammarharz. Wie wir vorher gesehen haben, konnten wir das bei den Guttaperchapflastermullen rigorös durchgeführte Prinzip des Minimalvolumens der Unterlage bei den Kautschukpflastern nicht in voller Strenge durchführen; die herumgegebenen Proben werden Ihnen allerdings den Beweis liefern, dafs dieselben der Erreichung dieses Zieles sehr nahe kommen. Dagegen können wir das zweite Prinzip der Guttaperchapflastermulle, das Minimalvolumen der Pflastermasse, auch für die Paraplaste ziemlich aufrecht erhalten. Die Ihnen vorgelegten Pflasterproben enthalten 40—65% des wirksamen Medikamentes.

Dafs die Paraplaste, wie die Firma P. Beiersdorf & Co. sie heute in den Handel bringt, in Bezug auf die Erfordernisse eines jeden guten medizinischen Pflasters, nämlich die gleichmäfsige Verteilung des Medikamentes sowie der ganzen Pflastermasse auf der Höhe technischer Vollkommenheit stehen, ist ganz selbstverständlich.

Ein kleiner kosmetischer Vorzug, der aufser der natürlichen Farbe den Paraplasten gegenüber den Guttaperchapflastermullen zukommt und den ich nicht unerwähnt lassen möchte, liegt in dem Umstande, dafs die Paraplaste beim Abziehen von der Haut fast keinen Rückstand von Pflastermasse hinterlassen. Als kleiner praktischer Vorteil hat es sich weiter herausgestellt, dafs die Paraplaststücke beim Abziehen nicht so leicht einreifsen wie die Guttaperchapflastermulle. Überhaupt ist die etwas gröfsere Dicke und Festigkeit der Unterlage, welche die Anwendungsfähigkeit beschränkt, in allen jenen Fällen wieder von Vorteil, wo die Pflasterstücke der Haut längere Zeit fest aufliegen sollen, wie beispielsweise bei trockenen, psoriatiformen Ekzemen, bei der Allgemeinbehandlung der Syphilis mit Hg-Pflastern und bei der Furunkulose.

Was nun die Wirkung der Medikamente in dieser Pflasterform betrifft, so haben die Erfahrungen des letzten Jahres gelehrt, dafs sie der Verordnung derselben Medikamente in Form der Pflastermulle nahezu, wenn auch nicht völlig gleichkommt. Als durchaus brauchbar kann ich

die Paraplaste bereits für die Inkorporation von Zinkoxyd, Quecksilber, Quecksilberoxyd, Pyrogallolum oxydatum, Ichthyol und Chrysarobin hinstellen. Sie lassen sich daher den Pflastermullen bei Behandlung des Ekzems, der Psoriasis, der Syphilis und Syphilide, der Furunkel und Drüsentumoren substituieren.

Noch nicht durchgearbeitet ist die neue Form für die Inkorporation der so wichtigen Salicylsäure-Kreosotmischung. Einerseits ist durch die gröfsere Komplikation, welche die Pflastermasse an sich besitzt, der weiteren Komplizierung durch starke Vermehrung flüssiger Medikamente eher eine Grenze gesetzt als bei den Pflastermullen, andererseits würde durch den geringeren Gehalt an wirksamer Substanz die starke Tiefenwirkung etwas, wenn auch nicht erheblich eingeschränkt werden. Ich habe deshalb vorläufig, bis die Technik vielleicht auch diese Nachteile überwunden hat, von der Konstruktion sehr komplizierter Paraplaste abgesehen und empfehle zunächst nur die folgenden einfachen Paraplaste dort, wo aus kosmetischen Rücksichten ein heller aussehendes, hautähnliches Pflaster erwünscht ist:

Paraplast c. Acid. salicyl. 40%.
„ „ Acid. salicyl. 10%, Empl. saponat. 10%.
„ „ Acid. salicyl. 40%, Extr. Cannab. ind. 10%.
„ „ Chrysarobin. 40%.
„ „ Hydrargyr. 65%.
„ „ Hydrargyr. 50%, Acid. carbolic. 7,5%.
„ „ Ichthyol. 40%.
„ „ Pyrogallol. 40%.
„ „ Resorcin. 50%.
„ „ Zinc. oxyd. 40%.
„ „ Zinc. oxyd. 50%, Ol. cadinum 15%.
„ „ Zinc. oxyd. 40%, Hydr. oxyd. v. h. p. 2%.

Wie man sieht, sind die Paraplaste ebenso wie die früheren nicht dermatologischen Pflaster nach Prozentzahlen des Medikamentes bezeichnet, im Gegensatz zu den Pflastermullen, bei welchen die wirksamen Bestandteile nach Grammen pro 1/5 Quadratmeter (2000 qcm) gerechnet werden. Dieser Unterschied in der Bezeichnung ist ebenfalls die Folge der gröfseren Bedeutung, welcher in den Paraplasten der inerten Pflastermasse — im Gegensatz zu den Guttaperchapflastermullen — zukommt.

Um bald durch die Praxis zu entscheiden, inwieweit die Paraplaste die Guttaperchapflastermulle zu ersetzen fähig sind, wäre es allerdings sehr wünschenswert, wenn diejenigen Kollegen, welche über die letztere Erfahrung besitzen, mit den obigen Paraplasten therapeutische Versuche anstellen und ihre Wirkung mit der der entsprechenden Pflastermulle vergleichen möchten.

Die Ätiologie und die Varietäten der Keratosen.

Von

Prof. V. Mibelli - Parma.

Follikuläre und porale Keratosen.

I.

Der wichtige Anteil, welchen die Veränderungen der Follikel und Drüsen der Haut an den verschiedensten pathologischen Prozessen nehmen, von den gewöhnlichen und gutartigen entzündlichen Dermatosen an bis zu den tiefergreifenden und weniger häufigen neoplastischen Formen, wird heute von allen Dermatologen anerkannt. Keinem ist wohl die Beobachtung entgangen, dafs die auch in klinischer Beziehung auffallendsten, entzündlichen Erscheinungen der Rötung und Schwellung gerade in der Umgebung der Follikel zu Tage treten, und dafs sich an derselben Stelle die progressiven und regressiven Veränderungen abspielen, die zur Bildung der einfachsten Elementareffloreszenzen führen, von der Macula zur Papel, zum Bläschen oder der Pustel, von der Papel zum Knötchen.

Stellt man sich die Drüsen und Haarbälge als ebensoviele abgegrenzte Hautbezirke vor, mit eigenem Bindegewebsstroma und dazugehörigem reichlichem Gefäfsnetze, so begreift man leicht, wie einfache Cirkulationsstörungen, entzündlich exsudative, proliferierende oder neoplastische Prozesse in denselben einen höchst günstigen Boden zur Entwickelung selbständiger Läsionen finden.

Die Drüsen und Follikel stellen aber auch wahre epidermidale Einsenkungen dar, die in ihrem oberflächlichen Abschnitte alle Bestandteile der geschichteten Epidermis enthalten. Die pathogenen Keime finden darum auch in denselben besonders leichten Zutritt und können die parasitären Formen darin ihre charakteristischen klinischen Eigenschaften am vorteilhaftesten entfalten. Andererseits werden sich alle pathogenen Prozesse parasitärer oder anderer Natur, welche besonders die Ernährung der Epidermis beeinträchtigen an den Mündungen der Drüsenfollikel unter eigenen Erscheinungen abspielen, welche dann aus dem mehr gleichförmigen Gesamtbilde besonders deutlich hervorstechen.

Mit besonderer Häufigkeit lokalisieren sich jene pathologischen Vorgänge in der Epidermis, an den Follikel- und Drüsenmündungen, deren am meisten hervortretendes Merkmal in einem gestörten Verhornungsprozesse besteht.

Wenn nun zwar fast immer, ja vielleicht immer, diese keratophoren Veränderungen partielle Vorkommnisse eines über die ganze Epidermis verbreiteten Prozesses sind, so stellen sie in manchen Fällen doch die ganze klinisch wahrnehmbare Affektion dar. Es ist deshalb auch wohl erlaubt von follikulären, glandulären oder poralen Keratosen als von selbständigen Krankheiten zu reden. In anderen Fällen hingegen nehmen die folliculo-glandulären Läsionen, sowohl in Bezug auf ihre Intensität, als auf die Zeitfolge ihres Auftretens, gegenüber der vorherrschenden, diffusen Keratose der geschichteten Epidermis eine bloſs untergeordnete Stellung ein. Spricht man unter solchen Umständen von follikulärer oder poraler Keratose, so will man damit nur einen gewissen krankhaften Zustand, eine klinische oder anatomische Besonderheit dieser oder jener allgemeinen oder diffusen Keratose bezeichnen.

Diese Unterscheidung, wie wichtig sie auch zumal in pathogenetischer Beziehung sein mag, soll uns vorläufig nicht weiter beschäftigen. Wir wollen vielmehr eine Übersicht der bekannteren follikulären und poralen Keratosen geben und sie besonders in Bezug auf ihre histologischen Verhältnisse näher betrachten, durch welche sie sich am besten unterscheiden und charakterisieren lassen.

* * *

Wir wollen mit den follikulären Keratosen beginnen, welche die wichtigeren und am besten untersuchten sind. Bei ihrer bibliographischen Geschichte brauchen wir uns nicht lange aufzuhalten, da sie sich beinahe gänzlich in den Arbeiten des letzten Dezenniums wiederfindet, die hinlänglich bekannt sein dürften. Wir begnügen uns deshalb mit der Angabe, daſs bereits im letzten Jahrhundert von J. Hunter und E. Home, allerdings irrtümlicherweise den Haarfollikeln eine besondere Wichtigkeit bei der Entstehung des Hauthorns zugeschrieben worden war, daſs ferner Lebert 1863, welcher zum ersten Male das Wort Keratosis zur Bezeichnung von Krankheiten gebrauchte, die durch Bildung von Hornsubstanz entstehen, die follikulären von den epidermalen Keratosen scharf unterschied; daſs endlich Auspitz, 20 Jahre nachher, unter seinen Hyperkeratosen (der ersten Familie der Keratosen) die Keratosen anführte, welche sich in der Umgebung der Follikel entwickeln und als dahingehörend zwei einzige Affektionen: den Lichen pilaris und die Ichthyosis follicularis.

Jedermann weiſs übrigens, daſs wir die Fortschritte auf dem Gebiete der follikulären Keratosen ausschlieſslich den neuesten Mitteilungen über wenig bekannte oder gänzlich unbekannte Affektionen verdanken, wie die Keratosis pilaris von Brocq, die Keratosis pilaris rubra von Besnier, die Keratosis follicularis von Darier, die Keratosis follicularis contagiosa von Brooke, sowie den letzten Studien über Lichen, Ichthyosis, Dermatitis

ichthyosiformis und andere keratophore Affektionen, zu denen die französische und die Hamburger Schule am meisten beigetragen haben. Unter diesen Dermatosen werden wir denn auch die wichtigsten Anhaltspunkte zur Entwickelung unseres Programmes schöpfen müssen. Andererseits haben uns die neuesten Studien, zumal nach der histologischen Richtung, einen Ausblick verschafft über besondere keratofollikuläre Störungen, nicht nur bei den vorherrschend keratophoren Affektionen, sondern auch noch bei solchen anderer Art, wo die Keratophorie klinisch weniger auffällt oder wenigstens nicht unter den gewöhnlichen Erscheinungen auftritt. Der Vollständigkeit wegen müssen wir also auch die nicht rein keratophoren Affektionen in Betracht ziehen und, statt ausschliefslich die follikulären Keratosen zu behandeln, das Gebiet der Keratosen überhaupt berühren. Dahin würde dann auch die Acne vulgaris gehören, bei der der charakteristische Komedo weiter nichts vorstellt als eine follikuläre Keratose.

Bekanntlich hat UNNA bereits 1883 die Behauptung aufgestellt, dafs der Akneprozefs mit einer primären Hyperkeratose beginnt, welche die trichterförmigen Einsenkungen der Haarfollikelmündungen ergreift und zur Bildung der Komedonen führt.[1] Es ist mir nicht bekannt, dafs sonst Jemand diese Behauptung bestätigt oder bestritten hätte. UNNA hingegen hat sie in seinem Werke[2] wiederholt und weiter ausgeführt. Ohne die Frage erörtern zu wollen, ob allen Akneformen diese Entstehungsweise zukommt und ob nur diejenigen, bei denen eine solche nachweisbar ist, die nähere Bezeichnung „akneartig" verdienen, dürfen wir hier nur die sog. Acne punctata der Autoren behandeln, bei der der Komedo unzweifelhaft eine follikulo-glanduläre Keratose im strengsten Sinne des Wortes darstellt.

Die Hyperkeratose läfst sich an den Follikelmündungen erkennen, welche letztere, statt einer Einsenkung, eine kleine harte Erhabenheit bildet, die aus der verdickten Hornschicht besteht. Diese wird noch verstärkt durch die Entwickelung einer Art von Pfropfen (dem Komedo), der in die Mündung des Follikelausführungsganges eingekeilt ist. Dieser letztere welcher meist gleichzeitig der Drüse und dem Follikel angehört, da es sich um Lanugohaare handelt, wird verengert und schliefslich gänzlich obturiert durch die Hyperkeratose und der secernierte Talg findet keinen Ausflufs mehr. Die Hyperkeratose befällt jedoch nicht allein die Mündung, sondern auch noch einen Teil des Ausführungsganges des Follikels, von dem sich Hornlamellen ablösen, die mit den Sekreten und eventuell mit dem Lanugohärchen eingeschlossen bleiben. Auf diese

[1] UNNA, Über das Keratoma palmare et plantare hereditarium. *Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph.* 1883. pag. 281.

[2] UNNA, *Histopathologie der Haut.*

Weise entsteht eine Horncyste mit eingeschlossenem Talge, welche an Umfang stets zunimmt, an der Peripherie fester wird und sich schliefslich von den sie umschliefsenden Wandungen ablöst. Sie besteht dann aus einem festen Körper von beinahe cylinderischer Gestalt, welcher nach Art eines Fremdkörpers in der Follikelmündung stecken bleibt.

Bei dieser Form der follikulären Hyperkeratose, welche zur Bildung des Aknekomedos führt, ist die Talgsekretion nicht oder doch nur sekundär gestört, da nämlich erst auf eine Periode der Hypertrophie der Talgdrüse eine solche der Atrophie folgt, wobei die Sekretion aufhört, der Komedo gänzlich verhornt, sich auch nach der Tiefe freimacht, jeden Zusammenhang mit dem Haarbalg verliert und nun erst recht als ein dort eingenisteter Fremdkörper erscheint. Der Aknekomedo würde sich aufserdem, nach Unna und Hodara, noch durch das Vorhandensein eines besonderen Bacillus auszeichnen, der in allen anderen Komedoformationen fehlen soll. Dieser kleine Bacillus wäre auch die erste ätiologische Bedingung zur Bildung des Komedo und der entzündlich-hyperplastischen und eiterigen Veränderungen, welche um die entzündeten Follikel herum entstehen und die einfache Acne punctata in eine Acne indurata oder pustulosa verwandeln.[3]

In allen anderen Formen von follikulärer Keratose findet man keine Mikroorganismen, keine Talgsekretion, keine Eiterung und auch keine progressiven, entzündlichen Veränderungen mit Bildung von Plasma- und Riesenzellen und Chorioplaxen wie bei der Akne. Im ganzen ist aber die Keratose besser ausgeprägt und vom klinischen Standpunkte leichter erkennbar. Es genüge bei dieser Gelegenheit an die gewöhnlichste Form der keratofollikulären Dermopathien, dem sog. Lichen pilaris, zu erinnern, welcher in den letzten Jahren, besonders von Brocq, so gut beschrieben und als Keratosis pilaris bezeichnet worden ist. Bekanntlich zeichnet sich diese Krankheit durch das Vorhandensein zahlreicher hornartiger Papeln aus, die meist an der Streckseite der Extremitäten, seltener am Gesicht lokalisiert sind und an der Mündung der Haarfollikel sitzen. Eine solche Haut fühlt sich dann ganz rauh an; sie ist aber aufserdem trocken und erinnert oft an eine Ichthyosis geringeren Grades. Nur in schwereren Fällen (der Keratosis rubra pilaris von Brocq) bildet sich um die Hornpapel herum ein hyperämischer Hof und der Prozefs kann zur Zerstörung des Follikels führen, welcher durch eine kleine narbenartige Einziehung ersetzt wird.

Nach Unna würde man bei dieser Affektion, wie bei der Akne, zuweilen eine allgemeine Verdickung der Hornschicht beobachten, aber in

---

[3] Unna, *Histopathologie.* — Hodara, Étude sur le diagnostic bactériologique de l'acné. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1894. pag. 516. — Lomby, *Derm. Zeitschr.* 1896.

den meisten Fällen würde die Hyperkeratose auf die Follikelmündungen und ihre nächste Umgebung beschränkt bleiben. Dies mufs speziell betont werden, weil auch heute noch Viele die Keratosis pilaris als eine Form der Ichthyosis betrachten, obwohl man bei ersterer die charakteristischen Schuppen der Ichthyosis nitida nicht findet und andererseits die follikulären Veränderungen der wahren Ichthyosis mit denjenigen bei der Keratosis pilaris nicht zu vergleichen sind. Bei dieser finden wir eine Wucherung der Hornschicht um die Follikelmündung; das verdickte Stratum corneum verengert nicht nur diese Mündung, sondern zieht über dieselbe hinweg, verschliefst sie gänzlich und bildet dabei die charakteristischen hornigen Erhabenheiten. Zur Bildung dieser letzteren trägt natürlich auch, gleichwie bei der Akne, der obere Teil des Follikelinhalts bei, welcher nicht frei ausfliefsen kann; doch ist dieser Inhalt vom übrigen Teile substantiell verschieden.

Auch hier führt, wie bei der Akne, der Verschluſs des Ausführungsganges zu einer Retentionscyste im obersten Teile des Follikels. An der cystischen Erweiterung der trichterförmigen Einsenkung nimmt aber die Talgsekretion keinen Anteil, da sie frühzeitig aufhört. Die Spitze des Haares, welches nicht aus dem Follikel austreten kann oder sich einen Durchgang durch das über ihm lagernde Hindernis erzwingen mufs, krümmt sich in verschiedener Richtung und verursacht dadurch schwere Deformationen des Follikelganges. Zur Bildung der Cyste tragen ferner bei die Hornzellen, die sich vom Trichter loslösen und einen Hornpfropf bilden, der oft schon von bloſsem Auge sichtbar ist, sich aber vom Aknekomedo durch das Fehlen von Talg und das lockere Gefüge seiner Bestandteile unterscheidet. Nach Giovannini[4] greift die Verhornung immer tiefer, zuweilen sogar sehr beträchtlich, dem Follikelgang entlang. Nach Unna hingegen würde die Hyperkeratose ausschliefslich auf die Follikelmündung beschränkt bleiben, weshalb auch dieser Autor die Affektion Hyperkeratosis suprafollicularis nennt. Danach würden dann die in der Cyste befindlichen und um das eingeschlossene Härchen angesammelten Hornmassen eine einfache Stase und keine Hyperproduktion von Hornsubstanz darstellen.[5]

Wenn ich nun meine eigenen Präparate als Belege verwerte, so glaube ich, dafs die suprafollikuläre Keratose mit den Verbildungen des Haares stets als die wichtigste und bezeichnendste Erscheinung der Krankheit zu betrachten sei; aufser derselben sind nur noch wenige Veränderungen sowohl in histologischer als in klinischer Hinsicht, zu erwähnen. Die

---

[4] Giovannini, Contribuz. allo studio della cheratosi pilare. *Lo Sperimentale.* 1895.
[5] Unna, *Histopathologie.*

Talgsekretion hört auf, die Talgdrüsen atrophieren und verschwinden: LEMOINE[6] und AUDRY[7] fanden deren keine mehr.

In $^3/_5$ der von GIOVANNINI untersuchten Follikel bestand keine Spur mehr von solchen, in den übrigen $^2/_5$ waren sie bedeutend verkleinert. In der Umgebung der Follikel findet man hie und da Entzündung (LEMOINE, UNNA, GIOVANNINI); in anderen Fällen läfst sich nichts derartiges erkennen. UNNA nimmt an, dafs ein leichter Grad von Entzündung stets vorhanden sein mufs, da er immer, wenn auch in verschiedener Intensität, peri- und interfollikuläre Neubildung von Bindegewebszellen und in einem Drittel der Fälle dauernde Gefäfsdilatation beobachtet hat.

Bei der wahren Ichthyose, welche auch heutzutage noch viele nicht von der Keratosis pilaris trennen wollen, läfst die über weite Hautstrecken verbreitete Hyperkeratose die Veränderungen an den Follikeln nicht so leicht erkennen, wiewohl sie häufig und deutlich ausgesprochen sind. Offenbar ist in diesem Falle die follikuläre Hyperkeratose nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Hyperkeratose. Diese dehnt sich langsam über die Wandungen des Haartrichters aus, so dafs dieser, im Gegensatze zur Keratosis pilaris, von unten nach oben in Form eines breiten Trichters oder eines Bechers gleichmäfsig erweitert erscheint; seine Mündung ist dann beträchtlich ausgedehnt und von einer Hornmasse ausgefüllt, welche die Lanugohaare, bei Vorhandensein von solchen, verdrängt hat. Da die Mündung offen bleibt, so kann die Ansammlung von Hornmassen in der trichterförmigen Ausweitung nicht als ein einfaches Stauungsprodukt betrachtet, sondern mufs zum Teil aus einer vermehrten Bildung von seiten der Wandungen des Trichters erklärt werden. Das Produkt der Verhornung im Follikel bildet somit eine Hornperle und nicht eine Retentionscyste wie bei der Keratosis pilaris und der Akne. Doch findet man öfters auch bei der Ichthyosis hyperkeratosische Follikel, bei denen die Mündung obturiert und die Höhle zum grofsen Teile in eine wirkliche Cyste verwandelt ist, welche lockere Massen von Hornlamellen und Haaren enthalten. Die Unterscheidung von der Keratosis pilaris ist dann in solchen Fällen auch sehr schwer; dies um so mehr, als auch bei der Ichthyosis die Talgdrüsen sich in gleicher Weise verhalten, indem sie atrophieren und gänzlich verschwinden. Die Veränderungen in der Cutis sind aufserdem bei beiden Affektionen dieselben. Ein primärer, entzündlicher Prozefs läfst sich nur durch Ableitung annehmen, während ein strikter Beweis hierfür noch aussteht.

Diese beiden fundamentalen Veränderungen: die suprafollikuläre Keratose und die Retention des Härchens, welche UNNA als charakter-

[6] LEMOINE, Ichthyose ansérine des scrophuleux. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1882.
[7] AUDRY, *Clinique de dermato-syphiligraphie de la Fac. de méd. de Toulouse.* Jahrg. 1893/94. pag. 6.

istisch für die Brocqsche Keratosis pilaris ansieht, findet man in einer von den bisher besprochenen ganz verschiedenen Affektion, nämlich beim Favus. Dies ist für uns von der gröfsten theoretischen Bedeutung, da wir ja genau wissen, dafs es sich hier um eine Dermatose handelt, die durch rein äufserliche und leicht nachweisbare Agentien erzeugt ist.

Untersucht man histologisch einen jener Fälle von Favus des Kopfes, wo die Pilzvegetation beinahe unvermerkt beginnt, ohne dafs sich die geringste reaktive Entzündung zeigt und wo man noch nichts von den charakteristischen Scutulis bemerkt, so sieht man in ganz unverkennbarer Weise, dafs mit dem Auftreten des ersten Vegetationskerns im Innern der Follikelmündung eine beträchtliche Verdickung der umgebenden Hornschicht einhergeht.[8] Diese letztere verengert und obturiert vollständig den Ausführungsgang, der sich in eine cystische Höhle verwandelt, deren Wandungen aus Hornschichten und deren Inhalt aus der Pilzkolonie und der dieselbe durchdringenden Haarspitze besteht. Das Haar befand sich nämlich zur Zeit der Pilzinvasion aufserhalb der Follikelmündung, weshalb es nicht in der Cyste eingeschlossen ist; dagegen ist es in seinem Wachstum behindert und zur Zeit des Wechsels bleibt es wie ein Fremdkörper eingeklemmt, während das neue Haar keinen Ausgang aus dem Follikel findet. Die Talgdrüsen tragen zur Erweiterung der Cyste nicht bei, da sie bereits atrophisch sind oder gänzlich fehlen, wie bei der Keratosis pilaris und der Ichthyose.

Die favöse Hyperkeratose, welche die weitere Entwickelung des Scutulums begleitet und diesem einen Stützpunkt auf der Haut gewährt wählt deshalb auch als Hauptzentren dieselben Herde wie die Pilzvegetation, d. h. die Haarfollikel. Unter den follikulären Keratosen kann sie als eine der typischen Formen betrachtet werden, da sie unzweifelhaft durch die Ausdehnung einer primären Hyperkeratose der geschichteten Epidermis auf die Follikel entstanden ist. Andererseits folgt beim Favus die Hyperkeratose unmittelbar den ersten Anfängen der Bildung eines Scutulums. Sie läfst sich auch schon nachweisen, wenn noch von seiten der Cutis weder klinisch noch histologisch entzündliche Erscheinungen zu entdecken sind, so dafs man wohl annehmen darf, dafs sie direkt durch die Pilzvegetation und demnach ohne Vermittelung eines entzündlichen Prozesses hervorgerufen worden ist.

Vergleichen wir nur die hervorstechendsten Merkmale des follikulären Verhornungsprozesses bei allen den besprochenen Affektionen unter sich, so finden wir, dafs man bei der Akne eine Hyperkeratose des ganzen Infundibulums bis zum Halse mit Verschlufs des Ausführungsganges

[8] Mibelli, Sul Favo. *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1892. II u. III. Derselbe: „Bemerkungen über Anatomie des Favus etc.“ *Diese Zeitschr.* Bd. XXII.

findet, mithin Retentionserscheinungen in der Sekretion des Talges und der verhornten Zellen, die zur Bildung einer Horncyste, des Komedo, führen. Bei der Keratosis pilaris und dem Favus hingegen hat man ausschliefslich oder doch vorwiegend eine suprafollikuläre Hyperkeratose vor sich mit kerato-pilärer nicht aber Talgretention; die Keratosis pilaris würde dann eventuell mit der Bildung von komedoartigen, cylindrischen Cysten ohne Talg, der Favus stets mit der Entwickelung einer kugeligen Hyphomycetenkolonie im Innern der Cystenhöhle abschliefsen. Bei der Ichthyosis endlich, dehnt sich die Verhornung über die ganze trichterförmige Einsenkung aus und sogar noch tiefer, indem es zur Entstehung einer grofsen oberflächlichen Hornperle bei offenem Ausführungsgange oder kleinerer Perlen bei verschlossener Mündung, niemals aber zu cylindrischen Horncysten oder Komedonen, oder komedoähnlichen Gebilden kommt.

Alle diese Variationen, mit Ausnahme natürlich des Scutulums, kann man bei einer noch wenig bekannten und höchst interessanten keratophoren Affektion wiederfinden, die kürzlich von Brooke als Keratosis follicularis contagiosa beschrieben worden ist.[9] Diese ganz eigenartige Dermatose, welche nach dem Autor übertragbar ist, zeichnet sich im Anfange durch eine allgemeine Verdickung des Stratum corneum aus, die sich mit Vorliebe auf der Streckseite der Extremitäten zeigt, von da aus aber auf den Rumpf, den Nacken, das Gesicht übergreifen kann und selbst die Beugeseite der befallenen Glieder nicht verschont. Die erkrankten Hautpartien haben ein schmutziggelbes Aussehen, die Hautfurchen sind deutlicher ausgeprägt und in den polygonalen Räumen zwischen denselben sind schwarze Pünktchen sichtbar, die durch die komedoartigen Pfröpfe gebildet werden, welche in den Follikelmündungen stecken. Später bilden sich Hornmassen, welche in Form von mehr oder weniger langen oder dicken Spitzen und Stacheln aus den Follikeln herausragen, während sich die Follikelmündungen selbst infolge ihrer Verhornung erheben und auf der Hautoberfläche papelartige Erhabenheiten entstehen. Solche Veränderungen bilden sich stellenweise zurück, um an anderen Orten neu aufzutreten; nach einer gewissen Zeit aber heilt die Affektion auch ohne Behandlung von selbst ab.

Bei dieser Affektion, wo die diffuse Hyperkeratose zuerst in die Erscheinung tritt, sind die follikulären Veränderungen nur sekundärer Art und eine Folge des Fortschreitens des diffusen Verhornungsprozesses auf die Follikel. Dennoch haben sie eine grofse klinische und histologische Bedeutung, weil sie aus dem ganzen Symptomenkomplexe am meisten hervorstechen.

[9] Brooke, Keratosis follicularis contagiosa. *Intern. Atlas.* Taf. XXII. 1892; — Unna, *Histopathologie.*

In den Follikeln erweist sich die Hyperkeratose als mehr oder weniger schwer, mehr oder weniger nach der Tiefe greifend, mit verschiedenen Variationen von einer Stelle zur anderen, so dafs man alle Abstufungen der follikulären Keratose von der Akne bis zur Ichthyose beobachten kann. In einigen Fällen bleibt nämlich die follikuläre Keratose ausschliefslich auf die Mündung beschränkt, welche frühzeitig verschlossen wird und zu denselben Veränderungen Anlafs giebt, die man beständig bei der gewöhnlichen follikulären Keratose und zuweilen bei der Ichthyose und dem Favus antrifft. Andere Male hingegen ergreift die Hyperkeratose selbst die Stachelschicht des Follikels oder geht sogar bis auf den Grund desselben über. In diesem Falle verwandelt sich der ganze Follikelraum in eine grofse subepidermale Hornperle; bleibt aber die Hyperkeratose auf die obersten Teile beschränkt, so füllt sich die trichterförmige Einsenkung des Follikels allein, aber sehr rasch, mit neugebildeten Hornlamellen, die sich in der Weise mit einander verkitten, dafs sie einen kleinen ovalen oder runden Hornkörper bilden, der dann wie eine komedoartige Cyste aussieht. Vom Aknekomedo unterscheidet er sich aber aufser durch seine kürzere Gestalt dadurch, dafs die Talgsekretion bei ihm nicht im Spiele ist. Diese fehlt übrigens bei allen verhornten Follikeln, weil auch hier die traubenförmigen Drüsen längst atrophiert sind.

Diesen einfacheren und gewöhnlicheren histologischen Veränderungen entsprechen die schwarzen, komedoartigen Punkte, welche das erste Stadium der Affektion auszeichnen. Die spitzen- oder stachelförmigen Produkte dagegen, die sich in einem vorgeschritteneren Stadium zeigen, sind die Wirkung der Hyperkeratose bei offenen Follikeln und etwas verschieden von den analogen Bildungen bei der Ichthyose. In solchen Fällen ist die follikuläre Keratose so stark ausgesprochen, dafs die Follikelmündungen, statt sich zu verschliefsen, klaffend bleiben wegen des Vorhandenseins der hornigen Neubildung, welche aus dem Follikel zu treten strebt. Man darf deshalb wohl annehmen, dafs die Veränderung im Follikel selbst ihren Anfang nimmt und nicht, dafs die oberflächliche Hyperkeratose von oben nach unten in denselben hinein fortschreitet, wie dies wahrscheinlich bei der Bildung der komedoartigen Körper geschieht. Dütenartige Hornlamellen, mit der Spitze nach unten gerichtet, lösen sich von den Follikelwandungen ab, umgeben den Haarstumpf und lagern sich übereinander ab, so dafs sie einen dicken Zapfen bilden, der sich langsam über die Follikelmündung erhebt und mitsamt dem Haare in Gestalt einer mehr oder weniger scharfen Spitze aus denselben hervorragen.

Die Tiefe bis zu welcher diese Form der Hyperkeratose in den Follikelkanal vordringt, ist eine verschiedene. Je mehr sie beträgt um so dicker wird auch die Hornspitze; bleibt sie aber auf die oberen Teile des Follikels beschränkt um so dünner wird diese ausfallen.

Unna hat in der Umgebung der Follikel und selbst in einiger Entfernung von diesen, Gefäfsdilatation mit begleitender Zellenneubildung, sowie Herde solcher neugebildeter Zellen mit Schwund der elastischen Fasern, gefunden. Er hält deshalb einen leichten Grad von Entzündung für wahrscheinlich, im Gegensatze zu Brooke und zählt die Affektion neben der Ichthyose und der Keratosis pilaris zu den trockenen Katarrhen der Haut.

Bisher haben wir Affektionen betrachtet bei denen (mit Ausnahme der Akne), mag man sie nun als abhängig von einem trockenen Katarrh der Haut ansehen, der Verhornungsprozefs den Hauptanteil in symptomatologischer Beziehung ausmacht. Das besondere morphologische Kennzeichen, das sie zu follikulären Keratosen stempelt, sind dabei die hornigen Gebilde, welche aus Vertiefungen der Haarfollikel emporragen. Es erübrigt uns also noch einige andere Formen in Betracht zu ziehen, bei denen noch weitere, wichtige Veränderungen das Symptomenbild komplizieren. Die Hyperkeratose selbst giebt sich zwar noch immer als umschriebene Ansammlungen von Hornsubstanz zu erkennen, entspricht dann aber nicht mehr immer den Haarbälgen und Talgdrüsen allein, sondern auch den Schweifsporen oder anderen einfachen, nicht drüsenartigen Einsenkungen der Epidermis.

Hierher gehört eine Hautkrankheit, welche zuerst mit der Acne sebacea cornea und der Ichthyose unter der Bezeichnung Ichthyosis sebacea cornea (Wilson) oder Ichthyosis follicularis (Lesser) zusammengeworfen und erst in den letzten Jahren besser bekannt wurde durch eine Arbeit von Darier, der sie Psorospermosis follicularis vegetans nannte.[10] Es ist nun erwiesen, dafs diese Affektion die wir Darierschе follikuläre Keratose heifsen wollen, gar keine Psorospermose ist.[11] Sie befällt eine mehr weniger ausgedehnte Hautfläche und vorzüglich solche Stellen, welche durch die Hautsekrete stärker befeuchtet werden, wie die Gelenkbeugen, den Hals, die Achselhöhlen etc. Sie zeigt einen ziemlich langsamen, chronischen Verlauf, heilt aber über kurz oder lang, wenn sie richtig behandelt wird. Sie besteht aus besonderen Efflorescenzen in Gestalt von kleinen papulösen Erhabenheiten von der Gröfse eines Stecknadelkopfes, die von einer schmutziggelben oder schwarzbraunen, festanhaftenden Borke bedeckt sind. Diese Borke setzt sich hauptsächlich zusammen aus einer hornartigen Substanz, welche sich mittelst eines unteren konischen oder cylindrischen, schmutzigweifsen Fortsatzes von wenig fester Konsistenz in eine trichterförmige Vertiefung einsenkt. Diese

---

[10] Darier, De la psorospermose folliculaire végétante. *Ann. de derm. et syph.* 1889. No. 7.

[11] Zu diesem Schlusse ist Darier selbst gekommen. *Ann. de derm. et de syph.* 1889. No. 7.

letztere entspricht öfters, aber keineswegs immer, einem Haarfollikel. DARIER erklärt jetzt, daſs sie keine ausgesprochene Neigung besitzt sich dort zu lokalisieren.[12]

Zuweilen ragen die Hornmassen (DARIER) aus den erweiterten Mündungen in Form von abgerundeten Zäpfchen oder Spitzen hervor. Durch das Konfluieren solcher Elemente entstehen mehr oder weniger erhabene Plaques. Diese überziehen sich mit schmutzigbraunen, dicken Krusten von Talg- und Hornmassen, welche sich wie ein Reibeisen anfühlen oder mit eigentlichen und dann prominenteren Hornmassen, nach deren Entfernung eine rote, feuchte, von kleinen dütenartigen Vertiefungen übersäte Fläche zum Vorschein kommt. Bei der langen Dauer der Krankheit nehmen die Elementareffloreszenzen die Gestalt von linsen- oder erbsengroſsen Knötchen an, deren Spitze eine kraterförmige Öffnung mit glattem Rande trägt aus der sich durch Druck eine weiche, talgartige Masse pressen läſst. Diese hypertrophierten Gebilde konfluieren zu gewaltigen, papillomatösen Gewächsen, die von stinkenden Sekretionen überdeckt sind.

Wie der klinische, so zeigt auch der mikroskopische Befund, daſs ein groſser Teil des Symptomenbildes dieser Affektion auf einen follikulären Verhornungsprozeſs zurückzuführen ist. Doch muſs gleich gesagt werden, daſs sich in den affizierten Herden auch unveränderte Follikel befinden, während man andererseits verhornte Gebilde in gewöhnlichen Einsenkungen der Epidermis oder auch in Schweiſsporen nach Art eines Pfropfens eingekeilt findet.

Was die Follikel anbelangt, so sind sie nur in ihrem obersten Abschnitte von Hyperkeratose befallen, während der übrige Teil frei bleibt. Die Talgdrüsen bleiben selbst auch unverändert, ihr Sekretabfluſs findet nirgends ein Hindernis und mischt sich wahrscheinlich mit den endofollikulären Verhornungsprodukten. Die Hyperkeratose entwickelt sich rasch in der obersten Partie der trichterförmigen Follikelmündung. Diese Stellen erweitern sich beträchtlich unter dem Drucke der gebildeten Hornmassen und die Hyperkeratose dehnt sich in der Umgebung des Follikels aus, indem sich dabei jene hornig-borkenförmigen Konkretionen bilden, welche jede Elementareffloreszenz bedecken. Die endofollikuläre Hornmasse zeigt auch dann, wenn sie pfropfenartig aus der Follikelmündung emporragt, weder die Struktur des Aknekomedo, noch der Horncysten oder -perlen der anderen follikulären Keratosen. Sie ist immer von unregelmäſsigerer Form, weniger kompakter Konsistenz und setzt sich groſsenteils aus „Körnern“ (DARIER) zusammen, d. h. aus harten, ovalären oder polyedrischen Körperchen, die nach ihrem Verhalten gegenüber Farbstoffen als Kernüberreste angesehen werden müssen.

---

[12] L. c. pag. 743.

Diese ganz sonderbare Form der Hyperkeratose ist zweifellos sekundärer Natur und eine Folge von Ernährungsstörungen in der Schleimschicht der Epidermis, welche auch vom histologischen Gesichtspunkte aus den wichtigsten Anteil am Prozesse nehmen. Die meisten Autoren (Buzzi, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. No. 152; Boeck, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. H. IV; Darier, *Ann. de derm. et de syph.* 1896. No. 5) haben in der Schleimschicht Hohlräume und spaltenförmige Kontinuitätstrennungen nachgewiesen und in denselben Granulationen, Fibrin- und Schleimfäden oder zuweilen abgetrennte, freibewegliche Epithelzellen (Darier, 1896), ferner und zwar besonders in der Nähe der Hornkegel, jene sog. „runden Körperchen" von Darier, welche dieser Autor heute selbst als degenerative Veränderungen der Schleimzellen betrachtet. Aus diesen Degenerationszuständen sollten die Spalten und runden Körperchen sowie jene Körnchen selbst entstehen, welche die Hornzapfen angreifen; von ihnen sollten die Veränderungen in der Epidermis ausgehen. In letzter Linie würden diese Veränderungen in eine in ihrem Mechanismus, ihrer Topographie abnormen Verhornung übergehen.[13]

Diesen ziemlich bedeutenden Veränderungen in der Epidermis entsprechen von seiten der Cutis ziemlich leichte und oberflächliche entzündliche Prozesse. Abgesehen von den Wucherungen im Grunde der Follikel, welche vielleicht auf eine Verlängerung der interpapillären Epidermiszapfen zurückzuführen sind, sieht man in der Cutis entsprechend den verhornten Partien, nur eine leichte Ansammlung von Leukocyten, gewöhnlichen kleinen Bindegewebszellen und Mastzellen; dilatierte oder in anderer Weise veränderte Gefäfse sind keine zu finden.[14]

Dieses lockere Gefüge der Verhornungsprodukte, die man bei der Darierschen Krankheit beobachtet, findet man noch ausgesprochener bei einer verwandten Affektion, der Pityriasis rubra pilaris von Besnier, bei welcher Hyperkeratose und Keratolyse vereint vorkommen und besonders an den Follikelmündungen lokalisiert sind. Bezüglich derselben ist viel gestritten worden, ob sie mit dem Lichen ruber accuminatus von Kaposi[15] zu identifizieren sei oder nicht. Sie zeichnet sich nämlich bekanntlich aus durch das Vorkommen von verhornten, papelartigen Erhabenheiten verschiedener Gröfse und Form; meist sind sie aber kegelförmig. Auf

[13] Darier, Note sur l'anatomie patholog. de la maladie dite „Psorospermose folliculaire végét. *Ann. de derm. et de syph.* 1896. pag. 747.

[14] Marianelli, Beitrag zum Studium der Keratosis follicularis. *Comment. clin. delle mal. cut. et gen.-ur.* 1893. Heft 8, 9, 10.

[15] Zu denjenigen, welche die Pityriasis rubra pilaris nicht für identisch halten mit dem Lichen ruber von Kaposi gehört Neisser. Dieser Autor hält dagegen eine Trennung der Pityriasis rubra pilaris von der alten Folliculitis rubra von Wilson, welche mit der Keratosis pilaris rubra von Brocq identisch wäre, für weniger leicht ausführbar. Siehe: *Atti del Congresso internazionale di Medicina di Roma* und *Verhandlungen des IV. deutschen dermatolog. Kongresses zu Breslau:* „Zur Stellung der Pityriasis rubra pilaris und des Lichen ruber acuminatus", von Prof. Neisser.

ihrer Spitze tragen diese Papeln ein Häufchen lockerer grauweifser oder silberweifser kreideartiger Schüppchen; sie konfluieren öfters zu schuppenden, festen, trockenen Plaques, welche der Haut das Aussehen eines Reibeisens oder einer entfederten Hühnerhaut geben. Meist entsprechen diese Efflorescenzen den Haarfollikeln, zuweilen aber auch den Schweifsporen (porale Papeln nach UNNA) oder aber sie sind von beiden unabhängig (sinuöse Papeln UNNAS).

Welches auch die Entstehungsweise dieser Hornkegel sein möge, das Interessanteste an ihnen ist, dafs sie nicht die einzige Erscheinung des Verhornungsprozesses sind. Dieser dehnt sich vielmehr in diffuser Weise über gröfsere Hautflächen aus, welche ein trockenes, unebenes Aussehen annehmen, während die normalen Hautfalten sich mehr vertiefen und sichtbarer werden. Die circumskripten verhornten Efflorescenzen in Form von Hornkegeln in der Umgebung des Haares zeigen kein festes Gefüge, auch wenn sie noch in den Follikelmündungen stecken, sondern schuppen gleich nach ihrer Entstehung ab. Diese Abschuppung der Epidermis beobachtet man auch aufser dem Bereiche der Hornkegel, so dafs ein pityriasisartiger Zustand der Haut entsteht, die wie übergypst aussieht. Dazu kommt noch eine erythematöse Rötung, wodurch das Bild einer exfoliativen Erythrodermie entsteht, wenn die Affektion sehr ausgebreitet ist oder aber von Psoriasisplaques, wenn sie nur umschrieben ist. Bleibt der Prozefs aber auf die Peripherie der Hornkegel beschränkt, so erscheint die Krankheit als eine Keratosis pilaris rubra von BROCQ. Diese Veränderungen verlaufen langsam und sind von Jucken begleitet. Der Allgemeinzustand der Patienten ist gut und nach einer gewissen Zeit geht die Affektion der Heilung entgegen. Recidive sind nicht selten.

Bei dieser Affektion ist demnach zu unterscheiden zwischen einer diffusen und einer auf die Follikel beschränkten Keratose. Die follikuläre Keratose führt zur Bildung von Hornkegeln, die aber, wie bereits gesagt, auch eine andere Entstehungsweise haben können. Die Hornschicht, welche wie das darunterliegende Stratum granulosum verdickt ist, wuchert in die Follikelmündung hinein und bildet einen Zapfen, der am oberen Ende abschuppt. Die Schleimschicht der Umgebung fängt ebenfalls an zu proliferieren und trägt so zur Bildung der papulösen Erhabenheit bei, welche bei dieser Affektion vornehmlich aus Epidermis besteht. Bei den kleineren Follikeln ist der ganze Kanal bis auf den Grund mit geschichteten Hornmassen angefüllt, während bei den gröfseren die Hyperkeratose auf den Trichter beschränkt bleibt. Immer bleibt aber die Mündung offen, weshalb es nicht zur Bildung wahrer Retentionscysten kommt, wie bei der Keratosis follicularis contagiosa von BROOKE; nur in einigen wenigen Follikeln findet man kleine Hornperlen. Die Talgdrüsen sind zum Teil atrophisch, zum Teil scheinbar normal.

Die Hyperkeratose ist auch bei dieser Affektion vom histologischen Gesichtspunkte aus die wichtigste Erscheinung, indem die entzündlichen Komplikationen geringfügiger Art und weniger schwer sind, als es das ganze Symptomenbild erwarten liefse. Um die verhornten Follikel findet man entzündliche Infiltration mit kleinen, spindelförmigen, wenigen Plasma- und zahlreicheren Mastzellen; man trifft auch interepitheliales Ödem und leichte Leukocytose in der Stachelschicht des Follikels an; hieraus erfolgt Erweichung und Verbildung des Haarstumpfes und der Wurzelscheiden, welche in seltenen Fällen beobachtet werden. Dem roten Hofe, welcher die follikulären Papeln umgiebt, entspricht eine beträchtliche Gefäfsdilatation im oberflächlichen Netze, welche nach UNNA auf mechanischem Wege zu stande kommt durch das Einsinken der hypertrophischen Hornschicht (UNNA, *Histopathologie*).

Die beschriebenen Hyperkeratoseerscheinungen unterscheiden sich kaum von denen beim wahren Lichen WILSONS. Trotzdem differiert der Lichen gewaltig nicht nur von der Pityriasis rubra pilaris, sondern auch von allen anderen keratophoren Dermopathien, hauptsächlich weil bei ihm die entzündlichen Vorgänge im Derma mit der bedeutenden Verdickung der Spitzen der Papillen und die daraus folgenden degenerativen Veränderungen die auffallendsten Merkmale des Prozesses bilden, denen gegenüber die Hyperkeratose selbst von nur sekundärer Bedeutung ist. Auch die Schleimschicht verändert sich hier viel beträchtlicher als in den anderen Fällen.

Die Hyperkeratose durch Verlangsamung der Verhornung (das Stratum granulosum und lucidum sind verdickt) folgt auf ein primäres Stadium der Proliferation der Stachelschicht. Infolgedessen wird die Schleimschicht dünner und zeigt kolloide Entartung, während sich das hypertrophierte Stratum corneum in dieselbe einsenkt. Auf diese Weise bilden sich auch beim Lichen die bekannten Zapfen und Hornkegel, welche öfters gewöhnlichen Epidermiseinsenkungen entsprechen, zuweilen aber in die Schweifsporen oder Follikelmündungen eindringen. Erstreckt sich die Hyperkeratose, wie in diesem letzteren Falle, bis in die Follikel hinein, so verhält sie sich in ähnlicher Weise wie bei der Pityriasis rubra pilaris; der Trichter bleibt dann klaffend und erweitert, da er von einem konzentrisch geschichteten Hornkegel ausgefüllt ist, der sich in das hypertrophierte Stratum corneum der Trichterumgebung fortsetzt oder von demselben überzogen wird, so dafs er mit samt dem spiralig gewundenen Haare eingeschlossen bleibt. Die regressiven Vorgänge, die den Lichenprozefs kennzeichnen, spielen sich dann aber auch in der Umgebung des Follikels ab; dasselbe gilt von der kolloiden Entartung des Epithels. Die hyaline Degeneration der Gefäfse und die Sklerose des Bindegewebes führen zur Ablösung des Epithels von der bindegewebigen Wandung in

den oberen Teilen des Follikels, was bei der Keratosis rubra pilaris niemals vorkommt.

Nach den bisher durchgenommenen Formen haben wir noch einige andere Fälle von weniger häufigen keratophoren Affektionen anzuführen, welche besondere Veränderungen, hauptsächlich im Bereiche der Haarfollikel zeigen und vereinzelt als „follikuläre Keratosen" oder unter ähnlichen Bezeichnungen mitgeteilt worden sind.[16] Da diese Fälle aber wahrscheinlich zur Ichthyose oder zur Akne, zur Darierschen Dermatose oder zur Keratosis follicularis contagiosa von Brooke gehören, so halten wir es für geratener, uns garnicht damit zu beschäftigen, zumal es sich um ganz seltene Fälle und sehr wahrscheinlich nur um Übergangsformen handelt, welche bald mit der einen, bald mit der anderen der besser bekannten Keratodermatosen Verschiedenes gemein haben, so daſs eine Klassifikation derselben vorläufig noch ganz unmöglich ist.[17]

Ich will nur einen von Unna unter dem Titel „Parakeratosis scutularis"[18] publizierten Fall erwähnen, der ganz eigenartige Merkmale aufgewiesen hatte. Es handelte sich da um eine Anomalie der Verhornung, verbunden mit entzündlichen Erscheinungen, weshalb Unna die Krankheit auch unter die trockenen Katarrhe der Haut einreihte. Die Affektion war vorherrschend auf die Haarfollikel lokalisiert, wo es zur Bildung von zuerst graulich-roten, dann kreideweiſser, kalktropfenartiger Hornkegel kam, die sich von denjenigen bei der Pityriasis rubra pilaris nicht unterschieden. Später gingen dann diese Hornkegel in der peripilaren Keratose auf, wobei die charakteristischen Hornschichten entstanden, welche der Krankheit den Namen gaben.

Wir kommen nun noch zu einer anderen nicht genauer bestimmten Gruppe von Hautaffektionen, welche nie unter den keratophoren Dermatosen angeführt worden sind. Es sind dies Affektionen, welche besonders von den französischen Autoren bald als Acne pilaris, bald als Acne sebacea cornea, bald als Folliculitis decalvans bezeichnet worden sind und zu deren Kategorie auch das Ulerythema ophryogenes von Taenzer, sowie das Ulerythema acneiforme von Unna gehören. Sie bilden einen langsamen, entzündlichen Prozeſs im Bereiche der Talgdrüsen und Haarfollikel, wodurch sie sich einerseits der Acne vulgaris, andererseits der Keratosis pilaris erythematosa von Brocq nähern und nach Unna zum Lupus erythematosus von Cazenave gezählt werden müssen.

---

[16] Ich führe unter anderen an, einen Fall von Morrow, Keratosis follicularis. *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.*, von White. A case of Keratosis follicularis. Ibid. 1889, von Neisser. Über einen Fall von Keratosis follicularis punctata et striata. *Verhandl. d. IV. dtsch. Derm. Kongr. zu Breslau 1894.*

[17] Als Beispiel den Fall von Joseph, Über ungewöhnliche Ichthyosisformen. *Verhandl. d. IV. dtsch. Derm. Kongr. zu Breslau 1894.*

[18] *Intern. Atlas selt. Hautkrankh.* 1890.

Alle diese unbestimmten Formen stellen chronisch-entzündliche Prozesse dar, in derem Verlaufe mehr oder weniger ausgesprochene keratophore Veränderungen der Follikel auftreten. Der modernen Histologie bleibt es vorbehalten dieselben genauer zu studieren und ihre Beziehungen zu den wahren follikulären Keratosen festzusetzen. Unter ihnen zeichnet sich eine durch ihre ausgesprochenen keratotischen Veränderungen im Talgdrüsenapparate aus und verdient deshalb gesondert beobachtet zu werden. UNNA hat nämlich einen von ihm beobachteten Fall mit der Bezeichnung Ulerythema acneiforme[19] belegt. Die Affektion befällt die Wangen in Form von erythematösen Plaques und Papeln, sowie von Komedonenbildungen und ist die Folge eines diffusen Verhornungsprozesses wie bei der Acne vulgaris. Diese erythematösen Plaques und Pusteln blassen später ab, an ihre Stelle treten deprimierte Narben während im Bereiche der Haarfollikel und Talgdrüsen eine beträchtliche Hyperkeratose stattfindet, so dafs Haar und Follikel atrophieren und verschwinden; die erweiterten Follikel enthalten nur noch konzentrisch geschichtete Hornperlen.

Die letztgenannten Formen zeigen, wie gesagt, eine gewisse Verwandtschaft zum Lupus erythematosus, wegen der bei ihr vorkommenden atrophisch-erythematösen Erscheinungen (Ulerythema). Nun aber besteht noch ein anderes Bindeglied zwischen dem Lupus erythematosus von CAZENAVE oder dem Ulerythema centrifugum von UNNA und den oben genannten Affektionen, nämlich in den keratophoren Veränderungen des follikulo-glandulären Apparates. Es scheint jetzt erwiesen, dafs beim Lupus erythematosus den Talgdrüsen und Haarfollikel die Wichtigkeit, die man ihnen einst zuerkannte, nicht zukommt. Nichtsdestoweniger mufs zugegeben werden, dafs der Prozefs beständig mit einer frühzeitigen Hypertrophie der Hornschichten, zuweilen mit einer gleichzeitigen Akanthosis einhergeht, und dafs die Hyperkeratose sehr häufig die Haarfollikel befällt und zur Bildung jener spitzen Fortsätze auf der unteren Fläche der Schuppen führt, wodurch diese so fest an der Unterlage haften. In einzelnen Fällen sind die Follikel von einem Hornpfropfen besetzt, der den Trichter nur ausdehnt, nicht aber verschliefst; zuweilen aber wird dieser schon frühzeitig obturiert durch das hypertrophische Stratum corneum, wodurch das Haar eingekapselt wird und endofollikuläre Cysten entstehen mit abgefallenen Haaren, Hornlamellen und Talgdrüsensekret als Inhalt. Die Talgdrüsen atrophieren dann vollständig. Nach UNNA würden sie mit den Follikeln einen nur sekundären und einen passiven Anteil am Krankheitsbilde nehmen.

Ganz anders verhält es sich beim sog. Ulerythema ophryogenes, das

[19] UNNA, Ulerythema acneiforme. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. XI.

Unna für verwandt mit dem Lupus erythematosus hält. Dort spielen sich die hauptsächlichsten Veränderungen in den Haarfollikeln ab. Man kann deshalb gewifs auch denjenigen nicht unrecht geben, welche die Affektion als eine spezielle Lokalisation der Keratosis pilaris erythematosa (Brocq, Besnier etc.) betrachten, um so mehr, als man die Rötung und die regressiven Erscheinungen mit Ausgang in Narbenbildung in beiden Fällen beobachtet und die follikuläre Hyperkeratose selbst kein sicheres Kriterium zur Unterscheidung derselben gewährt. Beim Ulerythema ophryogenes beschränkt sich die Hyperkeratose nicht auf den obersten Teil des Follikels, sondern rückt bis zum untersten Drittel desselben vor. Im übrigen handelt es sich aber auch hier um eine wahre suprafollikuläre Hyperkeratose mit Verschlufs der Follikelmündungen und Bildung von Horncysten wie bei der Keratosis pilaris rubra. Eine Trennung der beiden Formen läfst sich deshalb auch vom histologischen Gesichtspunkte aus nicht durchführen.

* * *

Wenn nun zwar die Hyperkeratose der Haarfollikel immer oder fast immer mit einer mehr oder weniger diffusen, flächenhaft ausgebreiteten Hyperkeratose vergesellschaftet ist, so erscheint erstere doch in klinischer Beziehung und in Anbetracht der Natur der befallenen Stellen als eine isolierte Erscheinung von der höchsten symptomatologischen Wichtigkeit. Die Bezeichnung „Keratosis follicularis", mit der man gewisse Hautaffektionen belegt hat, bei denen dieses Symptom besonders gut entwickelt ist, erscheint demnach als gerechtfertigt.

Nicht so verhält es sich natürlich da, wo sich die Hyperkeratose an den Knäueldrüsenausführungsgängen lokalisiert, weshalb der poralen Hyperkeratose vom histologischen Gesichtspunkte mehr Wichtigkeit beigemessen werden mufs, als vom klinischen. Diese Lokalisation beobachtet man aber hie und da, weshalb man Rücksicht darauf zu nehmen hat und sie etwas besser studieren sollte als bisher geschehen ist, um ihr eventuell auch in semiologischer Beziehung eine gewisse Bedeutung zu verschaffen. Die Hyperkeratose der Schweifsporen, oder porale Keratose oder Porokeratose, wie ich sie zu nennen vorgeschlagen habe, ist nämlich bisher, sowohl von den Dermatologen überhaupt als den Histopathologen, noch sehr wenig behandelt worden.

Wenn ich nicht irre war Neumann der erste, welcher 1875 bei der Publikation einiger Fälle von Lichen planus Wilson unter der seither wieder verlassenen Bezeichnung „Dermatitis circumscripta herpetiformis"[20]

[20] Neumann, Über eine noch wenig gekannte Hautkrankheit etc. *Vierteljahrschrift f. Derm. u. Syph.* 1875.

die histologische Entdeckung machte, dafs der Ausführungsgang einzelne Knäueldrüsen nahe an ihrer Mündung mit verhornten Zellen angefüllt war. Es scheint, dafs er damals über diesen Befund sehr erstaunt war, den er später bei keiner anderen Krankheit mehr konstatierte. Nach ihm haben Robinson, Crocker, Török, Unna etc. in ihren histologischen Untersuchungen über Lichen nachgewiesen, dafs sich hier wirklich eine porale Keratose entwickelt, und dafs diese Veränderungen gewisse Erscheinungen erklären, die man gewöhnlich bei den Lichenefflorescenzen antrifft. Auch Unna hat festgestellt, dafs die porale Keratose gerade jene unter den verschiedenen Formen der Lichenelemente kennzeichnet, die er „papula obtusa" genannt hat; diese Papeln haben eine rundliche Form und tragen in ihrem Zentrum eine dem Schweifsporus entsprechende Umbilikation oder eine Hornperle. In diesem Falle durchzieht der Knäueldrüsenkanal unverändert die Schleimschicht; in der Hornschicht aber geht seine Epithellage in eine Hornmasse über, welche die Farbenreaktion des basalen Stratum corneum zeigt. Der Schweifsporus selbst ist von einer konzentrisch geschichteten Hornmasse angefüllt, welche sich später in eine kugelförmige, klinisch als ein kleiner eingekeilter Zapfen erscheinende Perle verwandelt. Durch Druck läfst sich dieselbe entfernen, wonach an der Spitze der Papel eine feine Öffnung zurückbleibt, die aussieht als wäre sie von einer Nadelspitze gestochen. Durch die Obturation der Mündung dehnt sich der Knäueldrüsenkanal in den tieferen Partien aus; dasselbe geschieht mit dem Glomerulus dessen Epithel sich abflacht, während in seinem Lumen kleine rundliche unregelmäfsige Massen entstehen, über deren Natur nichts festgestellt ist.

Ähnliche Veränderungen wurden mitgeteilt von Jacquet,[21] Galewsky,[22] Neumann[23] bei der Pityriasis rubra pilaris. Sie erwähnten dabei die bereits von uns hervorgehobene Thatsache, dafs die Hornkegel in den charakteristischen isolierten Efflorescenzen nicht stets auf eine keratophore Veränderung der Follikel zurückzuführen sei, sondern hie und da durch Massen von verhornten Zellen in den Schweifsporen gebildet werden.

Unna (*Histopathologie*) hat diesen Befund nicht nur bei den isolierten Papeln, sondern auch in den psoriasisartigen Plaques bestätigt und bezeichnet als porale Papeln diejenigen, die auf solche Weise entstehen; klinisch würden sie sich dadurch von den follikulären Papeln unterscheiden, dafs sie kleiner sind als diese; histologisch würden sich diese porokeratotischen Veränderungen der Pityriasis rubra pilaris von denjenigen

[21] In der Mitteilung von Besnier, Du pityriasis rubra pilaire. *Annales.* 1889. No. 6.

[22] Galewsky, Über Pityriasis rubra. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Ergänzungsh. I. pag. 228.

[23] Neumann, Über Lichen ruber accuminatus planus und Pityriasis rubra pilaris. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Heft I. pag. 17.

des Lichen durch eine geringere Neigung zur Bildung konzentrischer Hornperlen unterscheiden, sowie durch die bedeutende Wucherung des Epithels der Schleimschicht in der Umgebung des Porus, bei welchem niemals die beim Lichenprozesse beobachteten Degenerationsvorgänge eintreten.

Auch bei der follikulären Keratose von DARIER, haben DARIER selbst,[24] BOECK (II), FABRY (III), PAWLOFF (IV) porale Keratose nachgewiesen, in Gestalt von hornartigen Konkretionen, die wie Pfropfen in die Schweifsporen eingekeilt waren. Dasselbe hat auch UNNA von der Keratosis follicularis contagiosa von BROOKE angenommen (*Histopathologie*, pag. 288), indem er angiebt, dafs die diffus ausgebreitete Hyperkeratose eine Strecke weit in die Schweifsporen hineinreicht, obwohl es hier nicht zur Bildung von Hornmassen kommt.

Bei der Ichthyose, wo die follikuläre Hyperkeratose so häufig vorkommt, findet man sie selten an den Schweifsporen,[25] welche zwar meistens erweitert und mit verdickten Wandungen gefunden wurden.[26] Dieser letztere Zustand war z. B. sehr ausgesprochen im Falle von GIOVANNINI,[27] wo die Knäueldrüsenkanäle nicht nur in ihrem epidermalen Abschnitte, sondern noch über einen guten Teil des dermalen enorm erweitert waren. Die Hornschicht in der Umgebung der so veränderten Kanäle war in einzelnen Präparaten 10—20 Mal dicker als in den angrenzenden Partien und bildete dort Anhäufungen, welche die Umgebung in Form von kegelförmigen oder abgeplatteten Hornpapeln überragten.

Bei dieser Gelegenheit wollen wir noch einige Fälle von naevusartigen Keratosen erwähnen, so denjenigen von BESNIER,[28] von HALLOPEAU,[29] den UNNA als „Naevus porokeratodes" bezeichnete,[30] bei welchen die porale Hyperkeratose auf Grund der klinischen Untersuchung allein diagnostiziert wurde. In einem ähnlichen Falle von RESPIGHI[31] wurde die Porokeratose aufserdem noch mikroskopisch nachgewiesen.

Die Krankheit jedoch, bei der, meines Wissens wenigstens dieser

---

[24] DARIER, De la psorospermose folliculaire végétante. *Ann. de derm. et de syph.* 1889; — (II) BOECK, Vier Fälle von DARIERscher Krankheit. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. H. 3; — (III) FABRY, Über Psorospermien bei Hautkrankheiten. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. H. 3; — (IV) PAWLOFF, Zur Frage der sog. Psorospermose folliculaire végétante. *Arch. f. Derm u. Syph.* Ergänzungsh. II. 1893.

[25] Siehe den Fall von MARIANELLI in der angeführten Arbeit. Separatabdr. pag. 19.

[26] UNNA, *Histopathologie.* pag. 327, 328.

[27] GIOVANNINI, Di un caso d'ittiosi con ipertrofia delle glandole sudorifere. *Giorn. d. Reale Accad. di Med. di Torino.* 1893. Fasc. VIII. 12 und *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. H. I.

[28] BESNIER, Übersetzung von KAPOSI. Bd. II. pag. 43. Bemerk.

[29] HALLOPEAU, *Ann. de derm. et de syph.* 1891. pag. 221.

[30] *Histopathologie.* pag. 1160.

[31] RESPIGHI, Sulla trasformabilità dei nei in tumori maligni. *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1894. Fasc. I.

Verhornungsprozefs der Knäueldrüsenausführungsgänge am meisten ausgesprochen, ist jene eigentümliche Form von Keratodermie die vor drei Jahren gleichzeitig von Respighi und von mir beschrieben worden ist und die ich als Porokeratose oder porale Keratose bezeichnete.[32] Dieselbe zeichnet sich aus durch das Auftreten von charakteristischen verhornten Plaques die sich mit Vorliebe auf der Streckseite der Vorderarme, der Hand- und Fufsrücken, zuweilen aber auch auf dem Haarboden, im Gesicht, am Scrotum, an den grofsen Labien, am Perineum und an der Glutaealgegend lokalisieren. Jede Plaque besteht aus einem wallartigen Rande von kegelstumpfförmigem Querschnitte, der sich eine Strecke weit auf der Hautoberfläche in Form einer unregelmäfsig gewundenen Linie hinzieht und einen Raum umschliefst, der ein verschiedenes Aussehen bieten kann. Der Durchmesser der Plaques variiert von 1 mm bis 10 cm. In dem von mir im *internationalen Atlas* veröffentlichten Falle bildete der periphere Wall der sehr grofsen Plaque eine ununterbrochene landkartenartige Linie, welche sich vom rechten Handrücken über die ganze hintere Fläche des Vorderarms bis oberhalb des Ellenbogens erstreckte. Die Dicke des Randes selbst ist verschieden, immer zeichnet sich auf seiner Spitze eine schmale Rinne ab, in welcher eine beinahe kontinuierliche Hornlamelle verläuft. Der zentrale Teil der Plaque ist bald ganz oder beinahe ganz normal; bald sind die normalen Hautfurchen stärker ausgeprägt, was auf eine diffuse Hyperkeratose schliefsen läfst; bald sieht man vereinzelte komedoartige Erhabenheiten von Hornsubstanz; zuweilen aber erreicht die Hyperkeratose stärkere Grade, so dafs sich die zentrale Plaque bis auf Wallhöhe erhebt, wobei dann Formen entstehen, welche gewöhnlichen Warzen oder professionellen Schwielenbildungen ähnlich sehen. In Fällen der letzteren Art löst sich die zentrale verhornte Partie los und fällt in toto ab um sich nicht wieder zu bilden. Von der Plaque bleibt nur noch der periphere Rand übrig, der niemals keratolytische Erscheinungen zeigt und infolgedessen das konstanteste und hauptsächlichste Symptom des Krankheitsbildes ausmacht.

Jede Efflorescenz beginnt isoliert, ohne dafs andere Veränderungen oder allgemeine Erscheinungen von Hyperkeratose vorangegangen wären, als eine einfache hornige Erhabenheit in Form eines abgestumpften Kegels, in dessen Spitze ein kleiner, trockener, komedoartiger Pfropfen steckt. Die initiale Efflorescenz breitet sich aus, indem sie sich an der

---

[32] Mibelli, *Atlas intern.* 1893. Liv. IX. Taf. XXVII; — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1893. III; — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVII. No. 9; — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1894. Fasc. I e III; — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. Bd. XX. No. 6; — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1895. Fasc. II; — Respighi, *Giorn. ital. d. mal. ven. e d pelle.* 1893. Fasc. III; — *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XVIII. pag. 70; — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1895. Fasc. I; — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1896. Fasc. II.

Spitze abflacht. Sobald sie einen Durchmesser von 1 oder 2 mm erreicht hat, so läfst sich an ihr mit der Lupe bereits das charakteristische Aussehen einer scheibenförmigen, von einem Walle umgebenen Plaque erkennen; dies um so besser, wenn der zentrale komedoartige Körper frühzeitig abfällt, wie dies öfters geschieht. Die Plaques vergröfsern sich dann äufserst langsam weiter, indem sich der periphere Wall ausdehnt. Nachdem sie eine gewisse Gröfse erreicht haben, bleiben sie jahrelang stationär oder einige verschwinden spontan nach Monaten oder Jahren. Der gröfste Teil derselben bleibt jedoch bestehen und bilden sich sogar wieder wenn man sie durch tiefe Einschnitte exstirpiert. In den bisher beobachteten Fällen hat man auch bei 40jähriger Dauer der Krankheit (Respighi) niemals eine Heilung dieser sonderbaren Affektion gesehen. Übrigens verläuft dieselbe gänzlich geräuschlos, sowohl in Bezug auf die Hautsensibilität als auf den Allgemeinzustand der Patienten.

Auch histologisch erweist sich diese Affektion als ganz eigenartig, indem keine andere Keratodermatose und noch weniger die übrigen durchgenommenen follikulären oder poralen Keratosen einen ähnlichen Befund liefern.

Die hauptsächlichsten histologischen Merkmale der Hyperkeratose bestehen in folgendem: 1. Beträchtliche Verdickung der mittleren Hornschicht, welche in den mit Osmium behandelten Präparaten als eine helle, farblose Zone polygonaler Zellen mit scharfen Konturen und Überresten von Kernen erscheint. Sie liegt zwischen zwei schwarzen Schichten an Stellen, wo die Hornschicht unter normalen Verhältnissen einen einfacheren Bau zeigt und nicht in drei Schichten differenziert ist. 2. Oberhalb der oberen schwarzen Schicht des Stratum corneum breitet sich eine Lage unregelmäfsig geschichteter, grofser, vollständig verhornter Zellen aus, die gelblichbraun gefärbt sind, einen deutlichen Kern führen und besser individualisiert sind als in der mittleren Schicht. 3. Verdickung der unteren hellen Zone des Stratum lucidum, dessen Zellen noch gröfser sind als unter normalen Verhältnissen und ihre zwar kleinen aber färbbaren Kerne beibehalten haben. 4. Das Stratum granulosum ist bald verdickt, bald reduziert, bald fehlt es vollständig, bald enthält es nur wenig oder gar kein Keratohyalin. 5. Die interpapillären Fortsätze der Schleimschicht sind verlängert und verdickt, während die entsprechenden Papillen verkleinert sind. 6. Leichte und nicht konstante entzündliche Erscheinungen in der papillären Cutis: kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Gefäfse oder in Herden und unabhängig von den Gefäfsen, an Stellen, welche der stärksten Hyperkeratose entsprechen; Gefäfsdilatation im oberflächlichen Netze in den älteren und entwickelteren Plaques.

Die Hyperkeratose erstreckt sich gewöhnlich über die ganze Plaque doch ist sie im Innern derselben nicht überall gleich stark entwickelt,

kann auch vollständig fehlen. Am peripheren Walle hingegen fehlt sie niemals; im Gegenteil ist sie hier viel ausgesprochener und dient auch dazu, der Affektion ihr charakteristisches Gepräge zu geben. Die Stauungs- oder Retentionserscheinungen von Hornsubstanz führen hier nicht zur Bildung von einfachen Cysten oder Hornperlen, wie in den anderen Fällen, sondern zu einer kontinuierlichen, tief in die Rinne eingepflanzten Hornlamelle oder Hornringen, statt eines einfachen Zapfens oder Hornkegels. In Schnitten, welche parallel zur Hautoberfläche geführt sind, erscheint die Kontinuität dieses Hornringes noch viel klarer durch das verschiedene Verhalten derselben gegenüber Farbstoffen im Vergleiche zur Umgebung.

In senkrechten Schnitten bildet dieser Ring ein pfropfenartiges Gebilde, welches die Achse des Walles durchzieht; gleichzeitig sieht man aber auch hier noch deutlicher die übrigen Einzelheiten, welche ihn hervortreten lassen und seine Entschuppungsweise erklären. In osmierten Präparaten erhebt sich nämlich die kompakte schwarze Linie der oberflächlichen Hornschicht rasch in die Höhe und bildet eine konische Erhabenheit mit einer kraterförmigen Vertiefung an der Spitze. Die untere schwarze Linie hingegen verläuft in entgegengesetzter Richtung, bildet eine breite und tiefe dütenförmige Einsenkung mit der Spitze nach unten. Mit der begleitenden Schleimschicht bildet diese Einsenkung einen dicken, interpapillären Epithelzapfen, der zwei- bis dreimal länger ist als die umgebenden. Der Raum zwischen den beiden schwarzen Zonen wird von der mittleren farblosen aber enorm verdickten Hornschicht eingenommen. Die Achse dieses Doppelkegels durchzieht nun ein breiter Streifen einer hornartigen Substanz, welche über die kraterförmige Vertiefung des oberen Kegels hinausragt. Dieser zentrale Pfropf unterscheidet sich deutlich von der umgebenden Hornsubstanz durch die Anwesenheit von zahlreichen durch Alaunkarmin intensiv färbbaren Körnchen und Kernen, sowie durch die verschiedene Färbung welche er in den mit Flemmingscher Lösung behandelten Präparaten annimmt. Der gewundene, spiralförmige Verlauf dieses Hornstreifens, sowie die rundlichen Öffnungen, die ihn stellenweise unterbrechen, lassen erkennen, dafs er dem intrakornealen Verlaufen eines Knäueldrüsenganges entspricht, dessen Wandungen durch ihre Verhornung das Lumen obliteriert und Retentionserscheinungen des neugebildeten atypischen Hornmaterials herbeigeführt haben. Aufserdem geht der beschriebene Hornpfropfen öfters in den intradermalen Abschnitt des Knäueldrüsenkanals über, was natürlich nicht in allen Präparaten sichtbar sein kann, indem die Schnitte eben nicht immer gerade durch die Spitze des Kegels führen.

Auch im Zentrum der Plaques sieht man öfters keratotische Läsionen der Knäueldrüsengänge und zwar nach demselben Typus wie am peripheren

Walle; doch sind sie meist schwächer entwickelt als diese und stellen gleichsam die ersten Phasen der Veränderung dar. Nach meinen Präparaten bleibt kein einziger Schweifsporus von diesem Prozesse verschont.

Die porale Hyperkeratose wird auch da, wo sie sich leichter erkennen läfst, stets von einem starken Herabtreten der basalen Hornschicht in die Verlängerung des Knäueldrüsenkanals begleitet; die Wandungen des Schweifsporus sind dann hyperkeratotisch verändert, nicht nur bis zur Spitze des Fortsatzes, sondern auch noch eine Strecke weit in den dermalen Abschnitt des Kanals hinein. Das Vorkommen des stark verdickten hellen Anteils der basalen Hornschicht bis ans untere Ende des peripheren Hornwalles bildet ein weiteres histologisches Merkmal zur Unterscheidung dieser eigentümlichen Läsion von den analogen bei den anderen follikulären oder poralen Keratosen. Zur Stütze meiner Ansicht über die beschriebenen Veränderungen mufs ich noch beifügen, dafs denselben entsprechend in allen Präparaten dicke Schweifsdrüsen mit aufserordentlich erweiterten Knäuelgängen zu sehen sind, die sogar zuweilen in wahre Cystenhöhlen verwandelt sind.

Da ich in keinem meiner Präparate auf mehreren hunderten von Schnitten eine einzige Talgdrüse oder einen einzigen Follikel hatte nachweisen können, so wurde ich bei meiner ersten Mitteilung über diese Frage zur Annahme verleitet, dafs diese Organe durch Atrophie verschwunden waren; ich glaubte ferner, dafs nicht sie an der Bildung der Hornmassen beteiligt waren, sondern nur die Schweifsporen. Da es dann aber Respighi gelang auch in den Mündungen der Follikel solche Verhornung nachzuweisen, habe ich meine Untersuchungen weiter verfolgt und bin auch dazu gelangt, in einzelnen Präparaten ein kleines Lanugohärchen mit der dazugehörigen Talgdrüse zu entdecken. Ich konnte mich dagegen überzeugen, dafs der Hornzapfen nicht, wie es bei oberflächlicher Untersuchung den Anschein hat, in einer Follikelmündung steckt, sondern in einem unmittelbar angrenzenden und in einer anderen optischen Ebene gelegenen Schweifsporus. Auch da, wo die Follikelmündung erweitert und verhornt ist, läfst sich doch erkennen, dafs die in ihr enthaltenen Hornmassen in Bezug auf ihr Verhalten gegenüber Farbstoffen, auf ihre Struktur, auf die Form und Entwickelungsweise, keine entfernte Ähnlichkeit haben mit denjenigen, die sich im benachbarten Schweifsporus angesammelt haben.

Die porale Keratose bildet an sich schon bei dieser Affektion eine sehr wichtige Erscheinung, weil sie eine primäre Läsion darstellt, die nicht aus dem Übergreifen einer diffusen Hyperkeratose auf die Schweifsporen entstanden ist; sie mufs aber aufserdem noch höchst wahrscheinlich als die Grundursache des besonderen Aussehens der keratotischen Veränderungen angesehen werden. Dem histologischen Befunde entspricht

also hier die äufsere Erscheinung und aus dieser läfst es sich wieder auf den anatomischen Sitz der Veränderungen schliefsen, gleichwie man aus der abgestumpften Form gewisser Lichenpapeln erkennen kann, dafs es sich um eine porale und nicht um eine follikuläre oder sonst welche Papel handelt.

(Schluſs folgt.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. Februar 1897.

(Originalbericht von L. Hoffmann-Berlin).

Herr Löwenstein stellt eine Patientin aus der Poliklinik des Dr. Ledermann vor. Die auf beiden Vorderarmen sowie in der Lendengegend sitzende hartnäckige Hautaffektion hatte im Anfang das Aussehen eines chronischen squamösen Ekzems, bestand jedoch, wie bei näherer Untersuchung sich herausstellte, aus **Lichen ruber planus**-Knötchen.

Da der Lichen ruber unter Arsen geheilt ist, hat sich eine exorbitante Pigmentierung der gesamten Lenden-, Oberschenkel- und Wadengegend eingestellt.

Die zweite Patientin suchte die Poliklinik wegen eines **syphilitischen Ikterus** auf. Zahlreiche nässende Papeln in der Analgegend, Papeln in den Nasolabialfalten und der linken Axilla, sowie Roseola auf Brust und Bauch sicherten die Diagnose Lues. Nach Angabe hat vor 9—10 Wochen ein Ulcus bestanden. Leberdämpfung überragt den Rippenrand um drei Fingerbreite. Der Leberrand ist glatt, hart, scharfkantig, in der Gallenblasengegend deutliche, druckempfindliche Resistenz: also Ikterus im Frühstadium der Syphilis. Es kann sich handeln 1. um Papillenbildung im ductus choledochus, 2. um Lymphadenitis an der Porta hepatica mit Druck auf den Gallengang, 3. um akute interstitielle Hepatitis. Bei diesem Falle scheint es sich nach der Erstuntersuchung, sowie der schon beginnenden Rückbildung des Ikterus um die ad 1 beschriebene Ursache zu handeln.

Herr Bruhns: **Zwei Fälle von tertiärer Zungensyphilis, Glossitis sclerosa.** Bei dem einen Patienten, einem 49jährigen Manne, erfolgte die Infektion vor 15 Jahren. Vor 10 Jahren zum ersten Male, vor 4 Jahren nochmals Schwellung der Zunge und das letzte Mal auch der rechten Wange. Auf Hg-Kur jedesmal Besserung. Seit zwei Jahren besteht ziemlich unverändert eine derbe Anschwellung der Zunge und der rechten Wange. Letztere verhindert dem Patienten den Mund zu öffnen. Die Oberfläche der Zunge hat gelapptes Aussehen, zwischen vielen unregelmäfsigen Erhebungen ziehen sich tiefe Furchen hin. Schleimhaut blafs, Reste von Ulcerationen und Erosionen, Konsistenz der ganzen Zunge aufserordentlich hart. Die nicht scharf abgrenzbare Schwellung der rechten Wange ebenfalls sehr hart; innere Fläche der Wange ebenso uneben, wie die Oberfläche der Zunge. Linke Wange und Gaumen zeigen nichts besonderes. Rechts Submaxillardrüsen mäfsig vergröfsert, andere

Drüsen nicht geschwollen, keine sonstigen spezifischen Symptome, dagegen Zeichen beginnender Tabes. Im Gegensatz zu den im Beginne der tertiären Zungenerkrankungen auftretenden Gummata, die leicht zerfallen, haben sich hier die Infiltrate organisiert und durch Bildung von fibrösem Gewebe zur Sklerosierung der Zunge geführt. Es liegt hier, da sich das Narbengewebe in die Tiefe der Zunge erstreckt, eine Glossitis sclerosa profunda vor.

Der zweite Patient, 27 Jahre alt, acquirierte 1893 ein Ulcus durum und machte eine Spritzkur durch, 1895 noch eine solche. Vor einem halben Jahre bemerkte er eine unbedeutende Schmerzhaftigkeit links vorn an der Zunge, bald darauf entstand eine Anschwellung und später Abschürfungen und schmerzhafte Geschwüre, wegen deren er das Spital aufsuchte. Die linke Zungenhälfte ist in ihrem vorderen Teile verdickt, die Oberfläche höckerig, die Höcker sind aber kleiner und die Furchen lange nicht so tief wie im ersten Falle; auf den erkrankten Partien Reste von Ulcerationen. Konsistenz dieser Teile der Zunge sehr fest, deutlicher Unterschied gegenüber dem normalen Gewebe. Auch hier liegt eine Glossitis sclerosa profunda vor. Die anfangs recht ausgedehnten Ulcerationen hatten garnicht das Aussehen von Gummata, offenbar sind sie nur accidentell. Differential-diagnostisch kam bei dem älteren Patienten wegen der Anschwellung der Submaxillardrüsen und des hinfälligen Aussehens Carcinom in Betracht. Doch sahen die Ulcerationen nicht wie carcinomatöse aus. Hervorzuheben ist, dafs in solchen Fällen die Diagnose ex juvantibus (JK und Hg) nicht sicher entscheidet, da das konsolidierte Narbengewebe sich nicht zurückbildet, höchstens durch Resorption etwaiger frischer Infiltrate ein geringer Rückgang der Schwellung eintreten könnte.

Herr Lesser versucht in diesen beiden Fällen Kalomelinjektionen, weil diese nach Ansicht der französischen Dermatologen, die bis vor kurzem Feinde aller Injektionen waren, die wirksamsten sind. Eine wesentliche Besserung erwartet er trotzdem nicht.

Herr Lassar meint, dafs man trotz der Hartnäckigkeit dieser Affektionen durch ausdauernde Behandlung schliefslich doch zum Ziele kommen kann.

Herr Joseph: Über **Hauttuberkulose** mit Krankenvorstellung. Der 15jährige Knabe zeigt das Bild eines über grofse Strecken des Körpers verbreiteten Lupus. Joseph unterscheidet drei Arten der Entstehung der Hauttuberkulose: 1. durch Infektion von aufsen, 2. die hämatogene Entstehung, 3. durch Übergang von einem unter der Haut liegenden Gewebe auf diese Knochen, Gelenke etc. Vortragender erinnert an das von ihm am Demonstrationsabend im vorigen März vorgestellte junge Mädchen mit der ausgedehnten Hautaffektion am Hals und Oberkörper, die wie Lupus aussah und doch durch eine Inunktionskur geheilt wurde. Da hier bei dem Knaben der Augenbefund die Annahme einer hereditären Lues zuläfst, so hält Vortragender es nicht für ausgeschlossen, dafs Lues mit Tuberkulose zusammen vorliegt. Ein solches Zusammentreffen haben Michelsohn und Caspari bei einem Falle von Lichen syphiliticus beschrieben. Er will den Knaben eine Schmierkur durchmachen lassen und ihn dann später wieder vorstellen.

Herr P. Rona: Über **Urticaria mit Pigmentbildung** (mit mikroskopischen Demonstrationen). Herr R. hat einen Fall von chronischer Urticaria mit Pigmentbildung beobachtet. Seit 7 Jahren treten ohne nachweisbare Ursache bei dem 25jährigen kräftigen Manne in Intervallen und unter Jucken Urticariaeruptionen auf; erst später bildeten sich die Pigmentflecke aus. Sein ganzer Körper, mit Ausnahme des Kopfes, ist von diesen ein- bis fünfmarkstückgrofsen Pigmentflecken bedeckt, die durch grofse Strecken normaler, weifser Haut von einander getrennt sind. Beim

Klopfen der Haut, ganz besonders aber in der Wärme, wenn Patient schwitzt bilden sich Quaddeln spontan. Vortragender hat das excidierte Stück eines solchen Pigmentfleckes histologisch untersucht, um das pathologisch-anatomische Bild der Urticaria mit Pigmentbildung festzustellen und hat folgendes gefunden: Im obersten Corium ein mäfsiges Infiltrat, welches teils dicht in Zellhaufen und Zellsträngen die subpapillaren Gefäfse umgiebt, teils mehr diffus in den Papillen und der subpapillaren Schicht verteilt ist. Die dichte Infiltration begleitet nach oben hin niemals die Papillarschlingen, sendet jedoch die Talg- und Schweifsdrüsenausführungsgänge begleitenden Ausläufer in die Tiefe; die Schweifsdrüsenknäuel sind stets frei von Infiltrat. Das Infiltrat besteht aus mononukleären Leukocyten, weniger aus Plasmazellen, auffällig gering ist die Zahl der Mastzellen, dieselben fehlen dort vollständig, wo der Prozefs am stärksten ausgebildet ist; etwas reichlicher findet man sie in der Tiefe, in der Gegend der Talgdrüsen. Aufserdem finden sich in dem subpapillären Korium Massen länglich-faseriger Gebilde, teilweise ein unentwirrbares Konvolut darstellend, die teils ganz bizarre Formen zeigen, teils an Bindegewebskörperchen erinnern. Sie sind Produkte der Stauung und von Dinkler und Jadassohn bei anderer Gelegenheit beschrieben. Die Wirkung der Stauung zeigt sich auch am Bindegewebe, Lymphspalten und Lymphgefäfse sind verbreitert; ebenso sind die Blutgefäfse erweitert. Geringe, aber deutliche Veränderungen zeigt auch die Epidermis, die Epidermiszacken sind verlängert, die Intercellularräume hier und da mit Leukocyten erfüllt; auch Horncysten finden sich vereinzelt, wie sie Behrend beim Pemphigus acutus beschrieben hat, sowohl in der Epidermis, wie im Corium. Ihre Herkunft in der Epidermis ist nicht ganz klar; ein Zusammenhang mit den Schweifsdrüsenausführungsgängen ist nicht nachzuweisen.

Das Pigment findet sich unter dem Mikroskop spärlicher als man erwarten sollte. Dort, wo es vorhanden ist, zeigt es sich in den obersten Schichten des Rete Malpighii, aufserdem finden sich hier und da Pigmentzellen im obersten Corium. Die Pigmentbildung hat keine prinzipielle Bedeutung, sie ist nur eine Begleiterscheinung. Resumé: Das Hauptgewicht ist also auf den Mangel der Mastzellen zu legen, dies ist gegenüber den Mastzellentumoren der Urticaria pigmentosa charakteristisch genug, um die beiden Krankheitsbilder nicht nur klinisch, sondern auch pathologisch-anatomisch zu trennen und die Anwendung derselben Bezeichnung für beide promiscue zu verbieten. Quinquaud ist der einzige, der analoge Untersuchungen gemacht hat; er ist zu demselben Resultat gekommen.

Einige vom Redner aufgestellte Präparate demonstrieren diesen Befund.

Herr Joseph hebt noch einmal hervor, dafs wir nunmehr nicht nur klinisch, sondern auch anatomisch gezwungen sind, die beiden Krankheitsbilder der Urticaria pigmentosa und der chronischen Urticaria mit Pigmentbildung voneinander zu trennen, er betont aber zugleich, dafs die histologische Untersuchung damit keineswegs abgeschlossen ist, sondern es erforderlich sei, jeden klinisch abweichenden Fall histologisch zu untersuchen.

Herr Meissner: Über **Kataphorese der Haut** (mit experimenteller Demonstration). Mit Kataphorese bezeichnet man den Vorgang, der statthat, wenn ein elektrischer Strom durch einen feuchtporösen Leiter zwischen feuchten Elektroden hindurchgeleitet wird. Die Lehre von der Kataphorese ist durch Du Bois-Reymond, Wiedemann, Quincke und Munk ausgebaut worden, und man hat schon frühzeitig versucht, diesen Prozefs zu benutzen, um differente Flüssigkeiten in lebende Gewebe einzuführen. Munk hat gezeigt, dafs man Jodkalium und Strychnin auf diesem Wege in die gesunde Haut einführen kann, ohne dieselbe zu verletzen. Will man jedoch gröfsere Mengen solcher Körper in die Gewebe bringen, so mufs man, wie der Vor-

tragende hervorhebt, die Richtung des Stromes von Zeit zu Zeit ändern, so dafs beide Elektroden zur Wirkung kommen. Um dies beim Patienten machen zu können, schien es wichtig, einen Apparat zu haben, der den Arzt unnötig macht, also einen selbstthätigen Stromwender, der im Optimum der Zeit den Strom umkehrt. Vortragender erklärt nun das Prinzip eines solchen von ihm angegebenen Apparates mit Hülfe einer Zeichnung: Auf einem einfachen Zifferblatte sind zwei Kontaktringe angebracht, welche aus kurzen 5 Minutenstücken bestehen. Auf diesen zwei Kontaktringen schleift ein Zeigerpaar, welches den Strom von der Batterie durch Vermittelung von Schleifenfedern führt. Je nachdem nun der rechte oder der linke Zeigerteil auf einer geraden oder ungeraden Nummer der 5 Minutenstücke zu stehen kommt, wird die Richtung des Stromes geändert und zwar dadurch, dafs sämtliche paaren und sämtliche unpaaren untereinander leitend verbunden sind. 5 Minuten sind durch Tierversuche ungefähr als das Optimum festgestellt. Dafs die Einführung von Arzneistoffen durch den konstanten Strom in unverhältnismäfsig geringerem Grade gelingt als durch den gewechselten, demonstriert Vortragender durch das Experiment an zwei genau gleich schweren Kaninchen, denen kataphoretisch Strychnin eingeführt wird, dem einen mit gewechseltem, dem andern mit ungewechseltem Strome. Die benutzten Elektroden bestehen aus Messingröhren, in welche Wattebäusche gethan werden, die mit 4%iger Strychninlösung getränkt werden; für Lösungen von Quecksilberpräparaten benutzt Redner Röhrchen aus Glas mit Zinkstift. Diese Elektroden werden je einer Seite eines von Haaren befreiten Schenkels angelegt. Um sich die Wirkung des Stromwechsels zu erklären, denke man sich, wie der Vortragende an einer Zeichnung demonstrierte, einen Cylinder von geronnenem Hühnereiweifs zwischen zwei Elektrotoden eingeschaltet, die mit Kupfersulfatlösung getränkt sind (dasselbe zeichnet sich durch blaugrüne Farbe ab). Dann wird die besser leitende Elektrodenflüssigkeit vom positiven Pol aus in den Eiweifscylinder hineingepreſst und drängt das schlechter leitende Wasser des Cylinders vor sich her. Nun besteht die merkwürdige Thatsache, dafs die schlechter leitende Flüssigkeit, in diesem Falle das Wasser, sich schneller in dem Eiweifscylinder fortbewegt, als die besser leitende Elektrodenflüssigkeit, infolgedessen entsteht eine Zone der Austrocknung, welche das Wasser bereits verlassen, das Kupfersulfat noch nicht erreicht hat. Sie markiert sich äufserlich als eine Schnürung oder Würgung. Da diese Zone der Austrocknung der weiteren Einwirkung des Stromes einen Widerstand entgegensetzt, so mufs man, um einen weiteren Effekt zu erzielen, den Strom wenden. Da beide Elektroden zur Wirkung kommen, so mufs man sie auch beide auf der zu behandelnden Hautstelle anbringen, abgesehen davon, dafs das Halten einer derselben in der Hand, wie bei der Elektrolyse, zu grofse Leitungswiderstände einschalten würde. Diese Wirkung des elektrischen Stromes reicht allerdings nicht aus, etwas in eines der inneren Organe einzuführen; um eine Allgemeinwirkung zu erzielen, genügt es jedoch, die heterogene Substanz in den Bereich der Lymphbahnen zu bringen, und dies geschieht mittelst des gewechselten Stromes so intensiv, dafs bei Durchleitung von JK durch den Arm eines erwachsenen Menschen sich bereits nach 17 Minuten Jod im Harne nachweisen läfst. Vortragender empfiehlt nun die Kataphorese zur therapeutischen Verwendung, namentlich bei parasitären Hauterkrankungen, um Desinficientien (Sublimat) in die Tiefe des Coriums zu bringen. Er selbst hat bei Herpes tonsurans durch Einführung von Sublimat, sowie bei Lichen ruber durch solche von Solut. arsenical. Fowleri in die Knötchenpartien günstige Erfolge gesehen. Um zu zeigen, dafs die Verwendung der Kataphorese in der Therapie keine einseitige ist, weist der Vortragende auf eine letzthin publizierte Zeitungsnachricht hin von der phänomenalen Entdeckung eines Zahnarztes in Frankfurt a. M., dem es gelungen sei, Anästhetika mittelst des elektri-

schen Stromes in das Zahnfleisch einzuführen und die Operationen am Periost schmerzlos zu machen. In Wirklichkeit handelt es sich um den Vorgang, den Munk schon vor 20 Jahren beschrieben hat. Bei dieser Kataphorese handelt es sich auch nicht um elektrolytische Vorgänge; solche treten nur dann ein, wenn fehlerhafter Weise zu starke Ströme benutzt werden; vielmehr ist die Kataphorese als eine rein mechanische Wirkung des elektrischen Stromes zu betrachten. Diese Wirkung geht daher auch vom positiven Pole aus, während sie am negativen minimal ist. Endlich handelt es sich auch nicht um Induktions-, sondern um konstanten Strom.

Am Ende des Vortrages zeigt sich deutlich die Wirkung des Strychnins an den beiden Versuchstieren. Während das dem gewechselten Strome ausgesetzte Kaninchen im Opistotonus zu Grunde geht, zeigt das andere kaum Spuren der Strychninwirkung.

Herr Saalfeld hat vor einigen Jahren die Kataphorese therapeutisch verwandt. Er hat Kinder mit Herpes tonsurans durch Einführung von Sublimat geheilt und Fälle von Sykosis parasitaria recht günstig beeinflufst. Auch hat er auf diese Weise mittelst 2—4%iger Kokainlösung Hautstellen anästhesiert, die er elektrolytisch enthaaren wollte. Er hat nur den negativen Pol benutzt und doch schon nach einer Minute Anästhesie erzielt.

Herr Heller vermifst in dem Vortrage die Anführung der Litteratur. Er fragt, wie sich Herr Meissner zu den Experimenten von Ullmann und den Versuchen mit dem Gärtnerschen Zweizellenbade stelle? Derselbe habe keine befriedigenden Resultate erhalten, allerdings auch nicht den Strom gewechselt.

Herr Meissner erklärt den Erfolg, den Herr Saalfeld mit dem negativen Pol gehabt hat, damit, dafs das Anästhetikum nur bis zu den obersten Schichten des Coriums vorzudringen braucht. Die Litteratur sei ihm wohl bekannt. In Amerika habe man den Wechselstrom sogar in der Gerbetechnik versucht. Auf dem Frankfurter Naturforscherkongrefs habe auch Herr Karfunkel (Cudowa) über Kataphorese gesprochen, die er jedoch ohne Wechselstrom angewandt hat. Die von Herrn K. angegebenen Mengen von Quecksilber, die derselbe nach Kataphorese im Sublimatbade gefunden haben will, hält Herr M. für zu hoch.

Herr Östreicher: Über **laryngeale und tracheale Lues.** Der erste Patient, den Herr Ö. vorstellt, hat eine Reinfektion durchgemacht. 1873 zum ersten Male syphilitisch infiziert, wurde er in einem Krankenhause durch eine Schmierkur geheilt, die er gut vertragen hat. 1892 hat er zum zweiten Male ein Ulcus durum acquiriert und machte wieder eine Schmierkur durch. Als er jedoch im Sommer 1893 wegen eines Recidivs im Halse wieder einer Schmierkur unterworfen werden sollte, traten in der Nacht nach der dritten Einreibung so starke Erstickungsanfälle auf, dafs er tracheotomiert werden mufste. Damals wurde eine Perichondritis angenommen, welche zu Glottisödem führte. 1895 kam Patient wegen eines phagedänischen Schankers, der durch Ätzung mit reiner Karbolsäure (Neisser) geheilt wurde, wieder in die Behandlung; da bei demselben zugleich noch Erscheinungen einer schweren Syphilis bestanden, so wurde wieder eine Inunktionskur eingeleitet; aber sofort traten wieder Suffokationserscheinungen auf. Herr Prof. Krause, dem der Kranke jetzt zur Untersuchung zugeführt wurde, konstatierte folgenden Kehlkopfbefund: Der rechte Aryknorpel ist stark vergröfsert und unbeweglich, ebenso steht das rechte Stimmband in Mittellinie und ist exkaviert; der linke Aryknorpel ist normal grofs, ebenso das linke Ligamentum ary-epiglotticum, jedoch ist die Abduktionsfähigkeit um die Hälfte herabgesetzt. Das linke Stimmband entfernt sich vom rechten bei der Respiration nur halb so weit, wie gewöhnlich; bei der Phonation erreicht es die Mittellinie. Adduktion ist also völlig erhalten, Abduktion nur teilweise möglich. Ulcerationen, Narben, Defekte sind nicht nachweisbar. Diagnose: Rechts: komplete Ankylose der

Articulatio crico-arytaenoida, links: Einschränkung der Beweglichkeit, wahrscheinlich infolge einer abgelaufenen Perichondritis in der Umgebung des Gelenkes. Trotzdem das Larynxlumen um ein viertel des Normalen verengt ist, kann der Patient frei atmen, da der vorhandene Spalt hierzu ausreicht. Der Patient ist auch während eines Anfalles von Dyspnoe untersucht worden. Einspritzungen mit Quecksilberpräparaten, sowie innerliche Darreichung werden übrigens ohne diese Störungen vertragen. In der Litteratur sind Fälle genug beschrieben, wo bei Syphilitischen die Tracheotomie nötig wurde (Armand Després, *Gazette des Hôpit.* 1879. Lewin, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Larynxsyphilis. *Charité-Annalen.* 1888). Allein ein solcher Fall, wo bei sonst ungestörter Atmung sofort nach Einleitung einer Inunktionskur Erstickungsanfälle auftreten, steht einzig da und zur Erklärung desselben kann Vortragender nur eine Vermutung von Prof. Krause mitteilen, dafs es sich hierbei vielleicht um eine Reizung der Larynxnerven durch verdampfendes Quecksilber handelt.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine 38jährige Frau mit einem Atmungshindernis in der Trachea, das ein lautes Atmungsgeräusch von sägendem Charakter erzeugt, während der Larynx frei ist. Die Frau ist wegen ausgedehnter Hautsyphilide in Behandlung gekommen, welche seit $4^1/_2$ Jahren bestehen. Über die Art der Infektion war nichts zu eruieren. Sie ist seit 8 Jahren verheiratet und hat drei Kinder gehabt, von denen das älteste gesund ist, das zweite im Alter von $1^3/_4$ Jahren angeblich an Tuberkulose, das dritte einige Wochen nach der Geburt nach Ausbruch eines Exanthems zu Grunde gegangen ist. Eine Inunktionskur hat wohl die Hauterscheinungen, nicht aber die Trachealstenose gebessert, trotzdem mufs dieselbe als syphilitische betrachtet werden. Die laryngoskopische Untersuchung, die Auskultation und Perkussion ergeben nichts, dagegen stöfst eine eingeführte Bougie dicht über der Bifurkation auf ein Hindernis. Andere Ursachen für die Stenosierung könnten Exostosen, Enchondrome, Sarkome und ähnliche Geschwülste sein, welche von der Trachea oder ihrer Umgebung ausgingen. Es müfsten dieselben dann nur nach innen wachsen und allmählich die Beschwerden erhöhen. Letzteres ist aber nicht der Fall, im Gegenteil waren sie anfangs schlimmer. Gegen ein Aneurysma spricht das Fehlen jeder Pulsation. Am wahrscheinlichsten sind syphilitische Veränderungen gummöser Art. Diese kommen vor: 1. als gummöse Infiltration der Trachea; sie breiten sich diffus aus, gehen in Ulcerationen über, führen zur Perichondritis trachealis mit Bloslegung und nekrotischer Abstofsung des Knorpels; 2. als gummöse Erkrankung des peritrachealen Bindegewebes. Dasselbe verdickt sich, es tritt eine Induration ein und es entwickelt sich eine Stenosierung des Trachealrohres a) durch das derbe Infiltrat, b) durch Narbenbildung. Andere Folgezustände sind Verkürzungen, Drehungen und Knickungen der Trachea. Gerhardt (*Deutsch. Archiv f. klin. Med.*) giebt als Sitz dieser Zustände die Gegend der Bifurkation an. Zugleich erwähnt derselbe, dafs Kranke mit Trachealstenose den Kopf gerade, solche mit Larynxstenose nach hinten über halten.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. Februar 1897.

(Original-Bericht von Louis Wickham-Paris.)

Über die Aknitis. Herr Barthélemy. Entgegen der gegenwärtigen Tendenz, die Aknitis und Folliklitis in den Bereich der Tuberkulose zu ziehen, hält B. die Aknitis für eine Affektion, die mit der Tuberkulose nichts zu thun hat, während die Folliklitis zu der letzteren gewisse Beziehungen aufweist. Auch aus der neugeschaffenen Klasse der Tuberkulide will B. die Aknitis ausgeschlossen wissen.

Entzündung und Pigmentation der oberflächlichen Gefäßnetze der Cutis. Retikuläres pigmentiertes Erythem. Herren Balzer und Griffon. Die Affektion liegt bei dem 36jährigen Patienten an der Innenfläche der Knie und besteht aus bräunlich-pigmentierten, zierlich untereinander anastomosierenden, charakteristischen Zeichnungen, wie man sie bei den Kutschern und Höckerinnen antrifft, deren untere Beinpartien sich unter dem Einflusse der Fußwärmer bräunlich pigmentiert haben. Neben diesen Pigmentationen besteht ein gewisser Grad von Entzündung der affizierten Partien, indem dieselben auf leichten Fingerdruck und spontan schmerzhaft sind. Der Prozeß spielt sich offenbar nicht in den Venen, sondern wirklich im oberflächlichen, arteriellen Netze ab. An verschiedenen Stellen, besonders gegen das Zentrum der Läsion bemerkt man an den Konzentrationspunkten der Netzbalken, rote, scharf begrenzte Plaques ohne Verdickung der Haut. Dieselben waren eine zeitlang mit Schuppen bedeckt, sehen aber jetzt glänzend, gefaltet, lichenartig aus. Da gleichzeitig eine akute Arthritis des Fußgelenkes bestand, glauben die Vortragenden die Affektion vielleicht auf Rheumatismus zurückführen zu können.

Herr Wickham betont, daß man im Bereiche der großen Venen öfters einen ähnlichen Zustand der Haut antreffe, indem diese an den Stellen in größter Provenienz der dilatierten Gefäße an der unteren Extremität entzündet ist, braun pigmentiert ist und genau so aussieht wie im Falle von Herrn Balzer.

Recidivierendes, asymmetrisches Erythem der Extremitäten mit lamellöser Desquamation der Handteller und Fußsohlen. Herr Thibierge stellt eine 31jährige Frau vor, bei der sich zum fünften Male die Epidermis des ganzen Handtellers in einen einzigen Lappen abhob. Wie bei den früheren Anfällen ging dieser Desquamation eine erythematöse Schwellung der Handteller und Fußsohlen voraus die Abschilferung der Epidermis geschieht an letzterer Stelle erst einige Zeit später als an den Händen. Wahrscheinlich handelt es sich hier um vasomotorische Störungen nervösen Ursprungs, ähnlich wie beim Oedema circumscriptum und der Urticaria oedematosa. Patientin ist auch sehr „nervös", zeigt lebhafte vasomotorische Hautreaktion und hat früher eine universelle Urticaria durchgemacht.

Akanthosis nigricans bei einem Individuum ohne Carcinomatose. Herr Jacquet hat dieselbe bei einem 18jährigen Burschen beobachtet, welcher im Alter von 12 Jahren eine langdauernde Fieberperiode mit hochgradiger Anämie durchgemacht hat. Von carcinomatöser Neubildung läßt sich nichts nachweisen. Vielleicht hat die frühere Affektion infolge von Entwickelung entzündlicher Neubildungen den Sympathicus beeinflußt.

Netzartige Pigmentation des Halses vom Aussehen einer Pigmentsyphilis bei einem kachektischen Tuberkulösen. Herr Thibierge. Der 60jährige sehr kachektische Phthisiker zeigt eine Pigmentation der ganzen Hautdecke mit Anschluß der Schleimhäute und verschieden von der Pigmentation bei der Addisonschen Krankheit. Am Nacken und den seitlichen Halspartien zeigt die Pigmentation die Gestalt eines braunen Netzes, dessen Maschen pigmentarme Inseln umschließen, mit anderen Worten genau das Bild einer Pigmentsyphilis aufweist. Syphilitische Erscheinungen oder Antecedentien fehlen aber vollständig.

Herr Fournier hat einen ganz analogen Fall von Halspigmentation ohne syphilitische Anhaltspunkte beobachtet.

Herr Barthélemy weiß ebenfalls über einen ähnlichen Fall zu berichten, bei dem die Hauterscheinung während der Gravidität aufgetreten war und wo Syphilis auch ausgeschlossen werden konnte.

Herr Leredde weist auf die Thatsache hin, daſs der Patient tuberkulös ist und aufserdem mit hochgradiger Alopecie des Kopfes behaftet ist. Er behauptet öfters die rasche Entwickelung einer Alopecie bei Individuen bemerkt zu haben, die nachträglich tuberkulös wurden.

Ekthyma scrophulosum (Hautscrophulide). Herr Gaston zeigt eine Patientin mit Geschwüren an den Extremitäten. Diese Geschwüre sind nicht tuberkulöser Natur, da Impfversuche mit Meerschweinchen negativ ausfielen. G. reiht solche Fälle in jene Kategorie, das es zu multiplen Ulcerationen mit Keratitis und visceralen Läsionen kommt, ohne daſs es sich weder um Syphilis noch um Tuberkulose handelt und meint, daſs man sie als Skrophulide zusammenfassen könne (analog den Syphiliden und Tuberkuliden). Er betrachtet nämlich die Skrophulose als eine nichttuberkulöse Affektion, welche für den Tuberkelbacillus nur den günstigen Boden vorbereitet.

Phlebitische nicht variköse Geschwüre. Herr Gaston. Neben den syphilitischen (Fournier) und den varikösen Beingeschwüren giebt es auch solche, welche als die Folge von infektiösen Phlebitiden im Verlaufe oder der Rekonvalescenz von Infektionskrankheiten zu betrachten sind. Solche Ulcera cruris zeigen keine bestimmte Lokalisation, treten meist multipel auf, werden linsen- bis fünfmarkstückgroſs. Die Ränder sind etwas hypertrophisch, nicht unterminiert; der Übergang derselben in den Geschwürsgrund ein allmählicher (Skutulumform des Geschwürs); der Boden des Ulcus ist ulcerierend, mit Granulationen besetzt, das Geschwür selbst von einer unregelmäſsigen Pigmentzone umgeben. Spontane Schmerzen fehlen, ebenso Sensibilitätsstörungen im Bereiche der Geschwüre, welche einen sehr chronischen Verlauf aufweisen.

Syphilis secundaria tardiva. Herr Fournier stellt eine Frau vor, welche vor vier Jahren wegen einer beginnenden Syphilis behandelt worden, und bei der sich erst jetzt ein allgemeines, sekundäres, papulöses und erythematös-papulöses Exanthem mit symmetrischer Verteilung der gruppierten Efflorescenzen ausgebildet hat.

Moniliforme Aplasie der Haare. Herr Jeanselme. Diese Affektion, welche verschiedene Mitglieder einer Familie befällt, wurde von Sabouraud genau beschrieben. Es handelt sich um eine kongenitale Dystrophie des Haarbodens, bei der in den ersten Lebenswochen die Haare ausfallen und durch Flaumhaare ersetzt werden, die ringförmige Einschnürungen zeigen, wo das Haar farblos ist. Die Affektion scheint von einer pilären Keratose des Haarbodens abzuhängen (Brocq). Das Kind hat sieben Geschwister, von denen drei dieselbe Affektion zeigen. Der Vater und drei von seinen neun Geschwistern sind kahlköpfig.

Zweite Bemerkung über einen Fall von akneförmigen und nekrotischen Tuberkuliden. Herren Hallopeau und Bureau. Die histologische Untersuchung der knötchenförmigen Infiltrationen mit nachheriger Bildung von kleinen Pusteln und kraterförmigen Einsenkungen zeigt, daſs sie sich besonders auf Kosten der Haarfollikel entwickelt haben; Bacillen sind keine vorhanden, wohl aber Riesenzellen, wie überhaupt der ganze Bau an denjenigen der Tuberkel erinnert. Das Fehlen von Bacillen und das negative Resultat der Inokulationen spricht für einen toxinischen Ursprung der Läsionen. Bei den typischen Tuberkelknötchen verursachen die Bacillen die Entwickelung spezifischer Läsionen und zwar keineswegs auf mechanischem Wege sondern durch ihre Produkte, die Toxine. Man begreift nun leicht, wie diese Toxine an den verschiedenen Stellen der Haut, wohin sie geschwemmt werden, als die Ursache

zur Entwickelung ähnlicher Bildungen anzusehen sind. Nun können aber bei verschiedenen Individuen die Haarbälge unter der Wirkung ganz ähnlicher Toxine auf verschiedene Weise reagieren, so daß es zu Eruptionen kommt, die unter der Bezeichnung von Lichen scrophulosum, von Akne cachectica, von eiterigen Follikulitiden in Gestalt von Plaques mit excentrischer Ausdehnung bekannt sind und in den Rahmen der Folliklis und der akneförmigen und nekrotischen Tuberkulide gehören. Vielleicht zeigen die Toxine auch verschiedene Eigenschaften, je nachdem sie aus Herden in den Lungen, den Drüsen, den Knochen oder der Haut stammen.

Über einen neuen Fall von Lichen planus buccalis in Form von Oblaten und sternförmigen Streifen. Herr HALLOPEAU. Diese Form ist typisch für den Lichen planus WILSON und unterscheidet sich von den syphilitischen Läsionen, sowie von der Leukoplakia buccalis. Bei dem Patienten besteht gleichzeitig ein typischer Lichen planus der Haut.

Über ein durch Ichthyol hervorgerufenes Erythem. Herren HALLOPEAU und WEIL. Wegen Ekzem wurde eine 1%ige Ichthyolsalbe angewendet. Nach der zweiten Applikation hatte das Ichthyol auf die Ekzemplaques mit ihren farblosen Randzonen die Wirkung wie zuweilen das Pyrogallol und das Chrysarobin. Wie die Psoriasisscheiben so wirken auch die Ekzemplaques auf die umgebende vasomotorische Innervation ein, indem sie Bildung der erythematösen Rötung in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft verhindern durch Fernwirkung auf die Vasokonstriktoren oder durch Hemmung der Vasodilatation.

Intensive Stomatitis nach Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze. Herr RENAULT. Trotz allen angewandten Vorsichtsmaßregeln kam es wie in anderen so auch in diesem Falle zu einer hochgradigen Stomatitis mit Magen- und Darmblutungen; außerdem bildete sich eine Lungentuberkulose aus.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Oktober 1896.

(*The British Journ. of Derm.* November 1896.)

J. GALLOWAY stellt 1) eine 29jährige, verheiratete Frau mit typischem **Lichen planus** vor, welcher in der linken Glutaealgegend und am linken Ober- und Unterschenkel in auffallender Weise der Verteilung der dort verlaufenden Hautnerven folgt; 2) zwei Brüder im Alter von 8 und 10 Jahren, mit der seltenen Form von Pigmentation der Kopfhaare, die man als **Ringelhaare** bezeichnet. Die hellen und dunklen Segmente der Haare folgen einander mit nahezu absoluter Regelmäßigkeit. Jedes Segment ist etwas weniger als 1 mm lang. Die Haare zeigen infolgedessen eine Ähnlichkeit mit der Pigmentation der Stachelschweinborsten. Es sind alle Haare befallen, außerdem zeigen dieselben, wie dies bei Ringelhaaren der Fall zu sein pflegt, ein glanzloses Aussehen. Die Eigentümlichkeit bei den Kindern ist, wie es scheint, angeboren.

J. HUTCHINSON jun. stellt eine 25jährige, ledige Frau vor mit **artificieller Ulceration an einem Arme.** Die Patientin war früher ganz gesund. Vor vier bis fünf Monaten begann die Affektion mit kleinen Pusteln, welche rasch aufbrachen und Geschwüre bildeten. Die letzteren waren scharf begrenzt, mit schwach erhabenen Rändern und gesunden Granulationen. Die Geschwüre heilten rasch aber mit Hinterlassung einer normalen, rosenroten Narbe. Es folgten immer neue Geschwüre am linken Arm von

den Schultern abwärts bis zu den Handgelenken. Die Affektion begann etwa drei Wochen nach der Vaccination, nachdem die Impfstellen vernarbt waren. Die Geschwüre sind weder tuberkulös noch syphilitisch. Überhaupt läfst sich keine andere Ursache für die Entstehung der Geschwüre denken, als die, dafs die Patientin selbst, (vielleicht um sich interessant zu machen), dieselben durch Kratzen hervorruft; 2) einen **Fall mit serpiginösem, lupoiden Ausschlag an den Extremitäten**, wahrscheinlich von kongenitaler Syphilis herrührend.

T. H. Jonides (Gast) zeigt eine 43jährige Frau mit **Fibrosarcoma** der Körperhaut. Vor 20 Jahren bemerkte die Patientin einen erbsengrofsen Tumor etwa zwei Zoll über dem Nabel. Seit der Zeit haben sich zwischen dem Nabel und dem Sternum zahlreiche neue Tumoren entwickelt, so dafs diese Gegend von denselben ganz besät ist. Bevor der Tumor zum Vorschein kommt, ist die betreffende Hautstelle dunkelrot und gespannt. Spannung und Röte verschwinden, sobald der Tumor sich voll entwickelt hat. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Tumors hat Fibrosarkom ergeben mit vorwiegend fibrösem Gewebe und wenig runden Zellen. Die Patientin ist stark nervös, anämisch, erfreut sich aber sonst einer guten Gesundheit. Die inneren Organe sind gesund. Ihre fünf Kinder sind völlig gesund.

Perry stellt einen **Fall zur Diagnose** vor. Die 45jährige, verheiratete Patientin leidet seit zwei Jahren an einem eigentümlichen Ausschlag an den Schienbeinen. Die Affektion begann am linken Bein mit einer kleinen, runden, roten, schwach erhabenen, juckenden Stelle. Seitdem sind zahlreiche ähnliche Flecken an beiden Beinen zu sehen. Die meisten derselben zeigen im Zentrum normale, nur etwas dunkler pigmentirte Haut, ohne Narbenbildung, während peripher die Affektion sich ausdehnt. Der zirkuläre Rand und das peripherische Weiterschreiten erinnern an Lichen circumscriptus (Dermatitis circinata seborrhoica) und machen einen parasitären Ursprung des Leidens glaubhaft. Aber die mikroskopische Untersuchung hat keinerlei Parasiten ergeben; antiparasitäre Mittel sind ohne Wirkung geblieben.

J. Pringle stellt **zwei Fälle zur Diagnose** vor: 1) einen 45jährigen Arbeiter, dessen Lippe enorm verdickt und entstellt ist und sich ziemlich hart anfühlt. Die Haare auf der erkrankten Oberlippe sind zerstört. Pustulation oder Folliculitis ist nicht vorhanden. Die mikroskopisch untersuchten Haare wiesen keine Pilze auf. Der Patient leidet an chronischer Rhinitis. Das Hautleiden soll im Anschlufs an eine Verletzung an der Oberlippe entstanden sein. Vortragender glaubt, dafs dasselbe wahrscheinlich syphilitischen Ursprunges sei; 2) eine 34jährige, verheiratete, nervöse Frau, deren Eierstöcke vor fünf Jahren entfernt worden. Das gegenwärtige Leiden besteht seit fünf Monaten und ist charakterisiert durch zwei ovale entzündete Hautstellen an der Vorder- und Aufsenseite beider Beine. Der zentrale Teil einer jeden Stelle ist vertieft, hart, narbenähnlich, von bräunlichroter Farbe und völlig unbehaart. Der Rand besteht aus einem gleichmäfsig breiten, schwach erhabenen, scharf begrenzten Bande mit dünnen, festhaftenden Schuppen auf einer hellrot entzündeten Basis. In der Umgebung ist keine Follikulitis vorhanden. Die Haare lassen sich jedoch hier leicht und schmerzlos epilieren. Ein gröfserer Pilz wurde nicht gefunden, wohl in der äufseren Wurzelscheide zahlreiche Mikrokokken, die jedoch P. nicht für das Entstehen der Affektion verantwortlich machen möchte.

R. Crocker stellt 1) den ältesten der drei Fälle von **Xeroderma pigmentosum** vor, welche er im Jahre 1884 in den *Medico-chirurgical Transactions* beschrieben hat. Die Patientin ist jetzt 25 Jahre alt. In den letzten sechs Jahren hat bis vor sechs Monaten etwa die Krankheit keinerlei Fortschritte gemacht. Man sieht jetzt mehr

atrophische Narben im Gesichte, wodurch die frühere Pigmentation geringer geworden ist. An dem Vorderarme und an den Handrücken bemerkt man sepiabraune Pigmentflecke, die vor sechs Jahren noch nicht vorhanden waren. Während des letzten halben Jahres hat sich auf der rechten Seite des Kinns ein Gewächs entwickelt, das einen erhabenen knotigen Rand zeigt, während das Centrum vertieft und geschwürig ist. Der Tumor bietet die klinischen Merkmale eines Epithelioms. Die benachbarten Drüsen sind nicht vergrößert. — Die Augenlider der Patientin sind rot, haarlos und etwas evertiert; 2) einen **Fall von Prurigo Hebra** bei einem 8jährigen Knaben. Die Krankheit soll begonnen haben, als derselbe einen Monat alt war; 3) einen 45jährigen **Mann mit Lupus erythematosus der Kopfhaut und des Gesichts**, bei welchem die Vernarbung erkrankter Partien zumeist spontan auftritt, obgleich der Patient, ein Kutscher, viel der Ungunst des Wetters ausgesetzt ist. An anderen Stellen schreitet die Krankheit weiter.

M. Sheild zeigt einen bemerkenswerten **Fall von maligner Dermatitis der Haut der Brust.** Die 47jährige verheiratete Frau zeigt auf der rechten Brust Efflorescenzen von **Pagets Krankheit.** Die Krankheit begann vor sechs Jahren, nachdem ein Abscefs auf der Brust aufgebrochen war, an der Aufsenseite der Brustwarze. Gegenwärtig hat dieselbe eine immense Ausdehnung erlangt. Die erkrankte Partie mifst 11 Zoll in der Länge, 10½ Zoll in der Breite. Sie ist streng begrenzt, dunkelrot, glänzend und hat einen etwas verdickten Rand. Die Brustwarze ist durch Ulceration zerstört. An der Stelle der ursprünglichen Abscefsöffnung befindet sich ein wucherndes Gewächs (vielleicht Carcinom). Die Drüsen sind nicht vergrößert. Die Krankheit schreitet stetig fort, da die Patientin jeden operativen Eingriff abgelehnt hat.

S. West demonstriert einen **Fall von Sklerodermie** bei einer 23jährigen, jungen Frau, die sonst gesund ist. An der Innenseite des linken Oberschenkels und an der Vorderfläche des linken Unterschenkels zeigten sich zuerst zwei 10 bis 12 Zoll lange, etwa 2 bis 3 Zoll breite Streifen. Daneben sieht man ein bis zwei sehr kleine Flecken über dem rechten Knöchel und zwei symmetrische Plaques auf der Beugeseite der Handgelenke. Die erkrankten Stellen bieten die charakteristischen Merkmale der Krankheit. Neuralgische Schmerzen sind nicht vorhanden.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 38. Heft 1. 1897.

I. **Beiträge zur Anatomie des Lichen ruber planus, acuminatus und verrucosus,** von M. Joseph-Berlin. Der Verfasser rechnet auf allseitige Zustimmung, wenn er annimmt, dafs es nur einen klinisch als Lichen ruber zu bezeichnenden Krankheitsprozefs giebt, und dafs dieser je nach dem Vorherrschen der einen oder anderen Symptomengruppe in mehrere Unterabteilungen zerfällt, die man als Lichen

ruber planus, acuminatus und verrucosus unterscheiden kann. In der vorliegenden Arbeit will der Verfasser auch durch anatomische Untersuchungen zeigen, in welch' naher Beziehung nicht nur diese Symptomengruppen, sondern auch die Pityriasis rubra pilaris zum Lichen ruber acuminatus stehen. Als Untersuchungsmaterial dienten 10 Fälle.

Was den Lichen ruber planus betrifft, so stellt Verfasser nach seinen Befunden sich den Vorgang in der Weise vor, dafs zunächst eine Erkrankung der Gefäfse und eine perivaskuläre Infiltration in der Tiefe des Coriums stattfindet. Dadurch werden Ernährungsstörungen in dem Rete hervorgerufen, es erfolgt eine Exsudation, welche zum Zerfalle des Rete und zur Abhebung desselben vom Corium führt. Die entstandene Lücke zwischen Corium und Rete ist kein Kunstprodukt, wie einige Autoren meinen. Erst später tritt Infiltration im Papillarkörper auf. Der Exsudationsprozefs nimmt für gewöhnlich keine grofsen Dimensionen an, so dafs er klinisch nicht zur Beobachtung kommt. Erst bei der Rückbildung sinkt das abgehobene Rete in die Lücke ein, und es entsteht eine Delle, die man bei jedem Lichenknötchen älteren Datums wahrnehmen kann. In seltenen Fällen ist die Exsudation stärker; es kompliziert sich dann der Lichen ruber planus mit Blasenbildung über den Knötchen. Man hat diese seltene Form als Lichen ruber pemphigoides bezeichnet.

Beim Lichen ruber acuminatus im frühen Stadium finden sich zunächst ähnliche Verhältnisse wie beim Lichen ruber planus. Man findet hier ebenfalls eine perivaskuläre Infiltration, ferner, wenn auch nicht bei allen Knötchen deutlich ausgeprägt, und dann von sehr kurzer Dauer, gleichsam abortiv Abhebung des Epidermidalstratums vom Corium und Lückenbildung. Dagegen fällt bei den frischen Acuminatusknötchen gegenüber den Planusefflorescenzen die wie ein warzenförmiger Aufsatz sich deutlich von der Umgebung abhebende Hypertrophie der Hornschicht und teilweise auch das Rete auf. Im weiteren Verlaufe nimmt diese Hypertrophie der Hornschicht immer mehr zu, während das Rete an einzelnen Stellen etwas plattgedrückt wird. Später jedoch beginnt in auffallender Weise, was auch beim Lichen ruber verrucosus wahrgenommen werden kann, eine spontane Rückbildung, eine bedeutende Reducierung der hypertrophischen Epidermis. Gleichzeitig bemerkt man eine starke Pigmentierung im Stratum cylindricum. Das Pigment repräsentiert sich in Form fein verteilter Körnchen intra- und nichtintercellulär. Auch die tieferen Zelllagen des Rete Malpighii sind pigmentiert, während das Corium vollständig frei ist. Wenn das Acuminatusknötchen entwickelt ist, zeigt sich der Prozefs nur um die Haarbälge herum lokalisiert. Das Infiltrat, das zumeist aus mononukleären Leukocyten und geringen Mastzellen besteht, liegt zwischen innerer und äufserer Wurzelscheide, nachdem es zuvor beide auseinandergedrängt oder voneinander abgelöst hat. Diese Ablösung vergleicht Verfasser und erklärt sie für gleichwertig der beim Lichen ruber planus beschriebenen Abhebung des ganzen Epidermidalstratums vom Corium. Beim Lichen acuminatus findet man, ebenso wie beim Lichen planus und verrucosus und bei der Pityriasis rubra pilaris zahlreiche Schweifscysten. Endlich beschreibt Verfasser beim Lichen ruber acuminatus zapfenartige Wucherungen des Stratum corneum nach dem Corium zu, die deshalb von grofsem Interesse sind, weil sie als ein integrierender und charakterisierender Bestandteil der Pityriasis rubra pilaris beschrieben wurden. Auf Grund der klinischen wie der anatomischen Wahrnehmungen steht Verfasser nicht an zu behaupten, dafs zwischen dem Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris zwar ein gradueller Unterschied vorhanden sei, dafs es sich aber bei beiden um identische Krankheitsprozesse handelt. Der Fall, an welchem Verfasser vorwiegend diese Beobachtungen gemacht und dessen Krankengeschichte

er ausführlich mitgeteilt hat, beweist auch, dafs der Lichen ruber acuminatus milde verlaufen und ebenso wie die Pityriasis rubra pilaris spontan abheilen kann.

Beim Lichen ruber verrucosus unterscheidet Verfasser anatomisch zwei Stadien: Der Prozefs beginnt, ähnlich wie beim Lichen ruber planus und acuminatus, mit einer diffusen, von den Gefäfsen ausgehenden Infiltration des Corium. Hieran schliefst sich sekundär eine sehr starke Hyperkeratinisation, welche entsprechend dem klinischen Ausdrucke der Warzenbildung oft an die stärkst entwickelte Form gewöhnlicher Warzen erinnert. Das derbe Infiltrat im Corium jedoch bildet ein wesentliches unterscheidendes Merkmal. Im zweiten Stadium des Prozesses geht ähnlich wie beim Lichen ruber acuminatus das vorher so stark hypertrophische Stratum corneum eine vollkommene Atrophie ein; stellenweise wird die Hornschicht vollkommen normal. Auch im Corium vollzieht sich ein Rückbildungsprozefs. Das vorher diffuse Infiltrat wandelt sich zu einem in Reihen angeordneten um. Das letztere wird von zahlreichen, sehr langen und grofsen Kapillaren unterbrochen und wandelt sich, indem der Resorptionsprozefs weiter vor sich geht, schliefslich in narbiges Bindegewebe um.

Die vielen Übereinstimmungen und Übergänge der einzelnen Symptomengruppen des Lichen ruber berechtigen wohl zu der Annahme, dafs man es mit einem einheitlichen Krankheitsbilde desselben zu thun habe, und dafs zu demselben die Planus-, Acuminatus- und Verrucosusform gehört.

II. **Über einen ungewöhnlichen Fall von Lichen ruber planus mit Arsen-Nebenwirkungen,** von M. Dreysel-Leipzig. Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall, bei welchem die gröfstenteils typischen Lichenknötchen die Diagnose Lichen ruber planus ohne weiteres sicherten. Ungewöhnlich waren aber zahlreiche, scharf begrenzte Pigmentationen einerseits und helle Flecke (Depigmentationen) andererseits, die den ganzen Körper bedeckten und die, in ihrer Intensität sehr verschieden, der Haut ein höchst merkwürdiges, scheckiges Aussehen verliehen. Weiter waren atypisch an Handtellern und Fufssohlen warzenähnliche mehr oder minder prominierende, isoliert stehende oder zu kleineren Gruppen angeordnete, stecknadelkopf- bis über linsengrofse, meist auf breiter Basis aufsitzende, sehr derbe und auf Druck mäfsig schmerzhafte Efflorescenzen.

Das Jucken war gering. Der Patient fühlte sich schwach, schlief schlecht. Die Untersuchung seines Nervensystems stellte das Vorhandensein von neuritischen Erscheinungen fest, die am meisten einer alkoholischen Pseudotabes zu entsprechen schienen.

Der Patient war, ehe er die Breslauer Poliklinik aufsuchte, bereits mit Solutio Fowleri innerlich behandelt worden. Jetzt bekam er subkutane Arseninjektionen von 5 Mgr. pro die. Äufserlich wurden Salicylvaseline, später Chrysarobin, für Hände und Füfse 10%iges Salicylkollodium resp. 10%iges Salicylseifenpflaster angewendet.

Der Verfasser erörtert die Frage, in welcher Beziehung die Pigmentationen und die Hyperkeratosen bei dem Patienten zum Lichen stehen. Während er es bei den Hyperpigmentationen für zweifellos, bei den Depigmentationen für wahrscheinlich hält, dafs sie direkt oder indirekt aus den Lichenknötchen hervorgegangen sind, nimmt er in dem vorliegenden Falle für die Hyperkeratosen an, dafs sie als Arsenikwirkung den Arsendermatosen zuzurechnen sind.

III. **Zur Ätiologie der Trichorrhexis nodosa,** von C. Bruhns-Berlin. Verfasser hält „die bisher zur Reindarstellung eines Trichorrhexis nodosa erzeugenden Mikroorganismus angewendeten Verfahren für so unsichere, indem sie die Entwickelung zahlreicher Verunreinigungen zulassen oder überhaupt jedes Bakterienwachstum hindern, dafs die mit diesen Methoden gewonnenen Resultate mit grofser Vorsicht aufgenommen werden müssen."

Die Schlüsse, die Verfasser aus seinen Beobachtungen und Untersuchungen, die er seiner Zeit in Prof. Lessers dermatologischer Klinik zu Bern gemacht hat, zieht, sind folgende:

1. Die Trichorrhexis nodosa capillitii ist in Bern und Umgebung eine bei weiblichen Individuen sehr häufig beobachtete Haarerkrankung.

2. Durch die bisher bakteriologisch untersuchten Fälle von Trichorrhexis nodosa und die im Anschluſs daran vorgenommenen Impfungen ist noch nicht erwiesen, daſs die Trichorrhexis durch ein spezifisches Bakterium hervorgerufen wird.

3. Verfasser ist es nicht gelungen, in sechs nach den bisher in Anwendung gekommenen Methoden bakteriologisch untersuchten Fällen von Trichorrhexis nodosa capillitii ein Bakterium als Ursache dieser Haaraffektion zu ermitteln, noch durch Impfungen von diesen Fällen auf die Haare anderer Menschen Trichorrhexis hervorzubringen.

4. Dagegen sprechen einige Thatsachen sehr gegen eine bakterielle Ätiologie:

a) Das in den meisten Fällen von Spindelhaaren beschriebene Auftreten von Trichorrhexis nodosa, die hier immer an den Stellen der geringsten Widerstandsfähigkeit des Haares, nämlich am Ort der stärksten Einschnürung, lokalisiert ist.

b) Das von Räuber beschriebene, bei einem Epileptiker periodisch in Verbindung mit dessen Anfällen sich wiederholende Auftreten von Trichorrhexis nodosa.

c) Das häufige Vorkommen von Trichorrhexis nodosa an den Haaren gebrauchter Bürsten, nicht aber an neuen Bürsten (Barlow).

5. Andererseits ist es durchaus unwahrscheinlich, daſs nur mechanische Ursachen die Trichorrhexis nodosa bewirken. Man muſs daher annehmen, daſs eine gewisse Disposition der Haare, die wahrscheinlich auf einer Ernährungsstörung beruht, vorhanden sein muſs, auf Grund derer erst sekundäre Ursachen — allerdings wohl in erster Linie mechanische Reize — die Trichorrhexis erzeugen.

IV. **Über die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser,** von J. Jundell und C. G. Ahman-Stockholm. Nach einem kurzen Überblick über die bisherigen in der Litteratur publizierten Versuche, den Gonococcus Neisser rein zu züchten, teilen die Verfasser ihre eigenen Untersuchungen mit, die an erster Stelle darauf gerichtet waren zu erfahren, welchen praktischen Wert die verschiedenen Methoden der Reinkultivierung der Gonokokken besitzen. Die Verfasser fanden, daſs die meisten derselben zu diagnostischen Zwecken nicht geeignet seien. Am besten wachsen die Gonokokken in einer Mischung von Fleischbrühe und Ascites (2:1) sowohl bei alkalischer, wie saurer Reaktion und auf Pfeiffers Blutagar.

Über die Temperaturen, bei denen die Gonokokken wachsen, resp. absterben, sind die Untersuchungen der Verfasser noch nicht abgeschlossen. Die Ansicht einzelner Autoren, daſs die Blennorrhoe bei hohem Fieber sich bessere und deshalb am zweckmäſsigsten mit Wärme zu behandeln sei, können sie nach ihren diesbezüglichen Versuchen nicht teilen. Selbst wenn es wahr wäre, daſs die Gonokokken in der Kultur 40° Wärme nicht vertragen, so bleibt es doch noch dahingestellt, ob sie in einer entzündeten Schleimhaut bei derselben Temperatur absterben. Sie leben dort sicher unter günstigeren Verhältnissen, als auf den künstlichen Nährböden.

V. **Über einen Fall multipler Angiombildung,** von Karl Kopp-München. Der 19jährige, früher stets gesunde, hereditär nicht belastete Patient bemerkte vor etwa $1^1/_2$ Jahren an der Haut des Scrotums und der unteren Extremitäten zahlreiche kleine, kaum nadelstichgroſse, einzelnstehende, über das Niveau der Haut nicht hervorragende rote Flecke, die keinerlei subjektive Symptome verursachten und für deren Entstehung kein ätiologisches Moment angeführt werden konnte. Im Verlaufe

der nächsten Monate verbreitete sich der Ausschlag über gröfsere Flächen des Stammes und der Extremitäten, gleichzeitig nahmen einige ältere Effloreszenzen sowohl nach der Fläche als nach der Höhe zu. Die wachsenden Tumoren nahmen ein dunkleres Kolorit an. Bei der ersten Vorstellung des Kranken zeigte derselbe einige dreifsig gröfsere und kleinere, dunkelkirschrote Geschwülstchen mit unregelmäfsig höckeriger Oberfläche, während dazwischen zahllose stippchenartige, an Flohstiche erinnernde rote Flecken den ganzen Stamm und die Extremitäten mit Bevorzugung der Beugeseiten bedeckten, deren teleangiektatische Natur gegenüber einer Purpura pubicosa mit Hülfe der Lupe sicher festgestellt werden konnte. Die Tumoren waren leicht komprimierbar, blafsten auf Fingerdruck resp. Glasdruck ab und erwiesen sich klinisch als erworbene Angiome, bei denen der eruptive Ausbruch besonders merkwürdig ist. Der Patient entzog sich der weiteren Beobachtung.

VI. **Mitteilung über eine neue Behandlungsweise des Lupus erythematosus,** von Joseph Schütz-Frankfurt a. M. Bei seinem Verfahren benutzt der Verfasser folgende Lösung:

℞ *Solut. Fowleri* 4,0
Aq. dest. 20,0—30,0
Chloroformi gtts. II.

Die Lösung wird umgeschüttelt und täglich morgens und abends aufgepinselt, dann läfst man sie eintrocknen. Am vierten bis sechsten Tage zeigt sich leichte Schwellung, vermehrte Röte, Empfindlichkeit. Man hört jetzt auf zu pinseln, appliziert Puder oder Paste. In weiteren 4—8 Tagen geht die Schwellung zurück. Die Haut blafst ab und schuppt. Ein neuer Turnus von Pinselungen folgt in derselben Weise. Nach jedem Turnus ist die krankhafte Kongestion eine geringere. In 6—8 Wochen ist die Besserung stets eine auffallende. In 10—11 Wochen erscheint der Lupus erythematosus meist geheilt. Irgendwelche Narben sind nicht entstanden. Wo noch keine spontane narbige Atrophie früher bereits vorhanden war, ist die Krankheit spurlos beseitigt.

VII. **Die Bremer Kontrollstrafse.** Ein Beitrag zur Frage der Kasernierung der Prostituierten, von Sonnenburg-Bremen. Im Jahre 1878 wurden in Bremen die Prostituierten in einer Kontrollstrafse — der Helenenstrafse — kaserniert. Verfasser beschreibt ihre mustergültigen Einrichtungen und zeigt an der Hand statistischen Materials, welche Vorteile sie in sanitärer Beziehung zur Folge gehabt hat. (Den Beweis ist er uns allerdings schuldig geblieben, dafs durch die Unterbringung der Prostituierten in der Kontrollstrafse die geheime Prostitution abgenommen hat. Wir glauben auch nicht, dafs bei den heutigen Verkehrsverhältnissen dieselbe selbst unter Vermehrung solcher Kontrollstrafsen abnehmen wird. Hier mufs das Publikum sich selbst schützen. So lange es das nicht will, wird die geheime Prostitution ebenso blühen, wie das Geschäft von Kurpfuschern und Wunderdoktoren, so lange die Dummen nicht alle werden, die bei ihnen Hülfe suchen. Überdies werden der Einrichtung von Bordellstrafsen gesellschaftliche Rücksichten stets und mit Recht hinderlich sein. Aachen hat seit vielen Jahren in seiner „Felsgasse" eine solche Kontrollstrafse besessen. Dieselbe ist vor etwa 8 Monaten, mehr aus ästhetischen und kommerziellen, als aus sanitätspolizeilichen Gründen, aufgehoben worden. Ref.)

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Zur Leprafrage, von Blaschko. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1896. No. 29.) Verfasser erwähnt, dafs trotz der von ihm im Kreise Memel vorgenommenen Suche nach Leprafällen doch immer noch solche unentdeckt geblieben sind. Dies hat seinen Grund in den örtlichen Verhältnissen: weitgestreckte Dörfer, deren Bewohner sich selbst nicht kennen und auch dem Ortsvorsteher unbekannt sind. Er plaidirt daher energisch für die von ihm geforderte systematische Durchsuchung des ganzen Kreises durch einen mit einem Sonderauftrage versehenen Arzt. *F. Hahn-Bremen.*

Einige Bemerkungen zur Lepra, nach den Erfahrungen aus dem Lepra-Hospital zu Rio de Janeiro, von Dr. W. Havelburg. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1896. No. 46.) Die Lepra existiert in Brasilien, teils in sporadischer, teils in endemischer Form. Im Staate Sao Paulo giebt es Ortschaften, deren gesamte Bewohner leprös affiziert sind. Es läfst sich historisch nachweisen, dafs der Krankheitskeim in den früheren Jahrhunderten durch die Portugiesen nach Brasilien verschleppt wurde. Ende des vorigen Jahrhunderts hatte die Lepra eine derart erschreckende Ausdehnung in Brasilien angenommen, dafs der damalige portugiesische Vice-König ein besonderes Krankenhaus in Rio für dieses Leiden begründete. Daraus ist das jetzige, elegante, mit allem Komfort ausgestattete Krankenhaus hervorgegangen, welches meistens 70 Kranke enthält. Doch giebt es unter den Einwohnern Rios eine ganze Menge Lepröser, man trifft auf allen Strafsen solche. Die Zahl derselben in Brasilien dürfte wohl gegen 3000 betragen. Neger und Mulatten scheinen von der Lepra bevorzugt zu sein, es erkranken mehr Männer als Frauen. Das jüngste Kind, welches H. von der Lepra befallen sah, war vier Jahre alt. Trotzdem man in jedem leprösen Schnitt- und Ausstrichpräparat tausende von Leprabacillen zur Ansicht bekommt, ist die Züchtung noch nicht gelungen. H. hält die Lepra nicht für hereditär, wohl aber für kontagiös, indem die Anamnese stets Momente dafür ergeben hat. Wie die Infektion zu stande kommt, ist nicht erwiesen, doch findet sie in ungünstigen hygienischen Verhältnissen einen guten Boden. Unsauberkeit spielt eine grofse Rolle. In Bezug auf die Inkubationsdauer beobachtete H., dafs zwei Deutsche, ein Herr und eine Dame, Brasilien ohne Zeichen einer Erkrankung verliefsen und dafs sich nach eineinhalb resp. zweijährigem Aufenthalt in Deutschland die Krankheit manifestierte. Wenngleich in Deutschland der Boden für Lepra fehlt, so müfste man doch sein Augenmerk darauf richten und die Kranken sofort isolieren.

Es gehört noch zu den zu lösenden Problemen, warum der Leprabacillus das eine Mal Anlafs giebt zur Produktion massenhafter Granulationszellen, die das Unterhautgewebe diffus oder in Knotenform durchsetzen, das andere Mal nur zu bescheidenen Infiltraten von Rundzellen und epitheloiden Zellen um die Gefäfse herum, warum im ersteren Falle die Zellen immense Bacillen einschliefsen, im anderen jedoch die Zahl der letzteren relativ spärlich ist. Die Scheidung der Leprafälle in tuberöse und maculo-anästhetische ist keine absolut strikte: denn fast alle Knotenformen der Lepra sind mit Fleckenausschlägen kombiniert und bei der maculo-anästhetischen Form

finden sich Leprõse Infiltrate der Haut und selbst einzelne kleine Knötchen. Die Diagnose ist im Anfang nicht leicht, doch findet man bei Stichelungen Leprazellen mit Bacillen. Die Todesursachen der Leprösen sind verschieden, so bei Frostgeschwüren, Gangrän und seine Folgen oder bei Lepromen im Larynx, Stenosen mit hochgradiger Dyspnoe; in den meisten Fällen tritt bei einer Zeitdauer von 5—20 Jahren Cachexie, amyloide Degeneration etc. ein. Die Therapie ist bis jetzt machtlos, H. hat alles, auch die Unnasche Methode, Einspritzungen von Erysipelkulturen, ohne Erfolg versucht.

L. Hoffmann-Berlin.

Die verschiedenen Knotenformen der Lepra. Bemerkungen gelegentlich der Vorstellung eines Falles von Cutislepromen, von P. G. Unna. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1896. No. 93.) Einleitend wendet sich Verfasser gegen die durch die zahlreichen Publikationen in der Tagespresse wachgerufene Leprophobie, zu der die sehr geringe Infektiosität der Lepra wahrlich keinen Anlafs giebt. Verfasser stellt einen Knaben von 12 Jahren vor, der seit einem Jahr wiederholt unter starken Fieberanfällen Schübe von Hautknoten bekam. Kopf und Extremitäten sind mit blassen, gelbbräunlichen oder bräunlichen Knoten bedeckt, die die Umgebung überragen; je gröfser, um so platter sind sie. An den Waden ist die Haut gerötet, geschwollen, empfindlich; man fühlt hier konsistentere, nicht scharf umschriebene Knoten in der Tiefe, metastatisch gewordene, bacilläre Embolien mit entzündlichem Reaktionshof. Die Cutisleprome zeigen eine bemerkenswerte, topographische Anordnung. Betroffen sind im Gesicht: Backen, Kinn, Nase, innere Teile der erhaltenen Augenbrauen, Ohr. An den Extremitäten sind die Streckseiten nur befallen. An der Planta pedis sitzen Knoten. Behaarter Kopf, Hals, Rumpf, Inguinal- und Axillargegend sind frei, ebenso Schleimhäute und innere Organe; keine Muskelatrophien, keine Nervenverdickungen, keine Pigmentanomalien, keine Infiltrate. Umschriebene Anästhesien nur am Fufsrand und an den Waden. Diaskopisch erscheinen die Knoten als ockergelbe Kreise, nicht braungelb wie Lupus, noch als zartes, graugelbes Punkt- und Strichwerk wie Syphilis. Das Mikroskop ergiebt massenhafte Bacillen. Es handelt sich hier um einen reinen Fall echter Cutislepra im Gegensatz zu den häufigeren Neurolepriden mit daran anschliefsenden subkutanen Lepromen, die von den Cutislepromen abzugrenzen sind. Die Lepra entwickelt sich entweder durch Affektion der sensiblen und motorischen Nerven (Lähmungen; Mutilierung ohne Hautaffektion), oder durch Affektion der vasomotorischen Nerven (Fleckenlepra, bacillenlose Neurolepride mit trophischen Störungen). In beiden Fällen giebt es keine Hautknoten; höchstens Hautmetastasen, ähnlich dem Erythema nodosum. Diese gehen aber wieder zurück. Die Haut ist schwer zugänglich für die Bacillen; wo sie ergriffen wird, kann es in zwei Arten geschehen: Entweder es entstehen sanfte Anschwellungen im Hypoderm, mit oder ohne Neurolepriden, oder es bilden sich Tumoren in der Cutis selbst, zuweilen nach entzündlichen Metastasen, aber auch ohne diese. In diesen Fällen erfreuen sich gewöhnlich die Nerven einer ausgedehnten Immunität. Als dritte Form der Hautknoten gesellt sich dann noch der entzündliche Hautknoten zu.

Wenn behauptet wird, dafs es keine ausgesprochene Lepra ohne Ausfall der Augenbrauen gebe, so ist das nicht richtig. Meistens findet man schon im Beginne der Fleckenlepra der Stirn, besonders wenn frühzeitig leichte, lokale, subkutane Schwellungen vorhanden sind, einen Ausfall der Augenbrauen in der äufseren Hälfte, ein sehr auffallendes Symptom, welches für die Diagnose wichtig ist. Aber niemals schliefst das Fehlen dieses Symptoms die Lepra aus.

Ein Fall des Verfassers mit typischen, subkutanen Lepromen zeigte wohlerhaltene Augenbrauen, was hier selten ist. Häufiger bleiben die Augenbrauen erhalten bei der reinen Cutislepra, wie der obige Fall zeigt. Die Augenbrauen sind intakt, trotzdem

mehrere kleinere Hautleprome an ihnen sitzen. Der Ausfall der Augenbrauen ist also für Lepra nicht pathognomonisch. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bericht über das Leprahospital von Rio de Janeiro, von Azevedo Lima. (Rio, 1896.) Der Bericht bezieht sich auf den Zeitraum vom Juli 1895 bis Juli 1896, während welcher Zeit mit Einschluſs der Verbliebenen, 105 Lepröse behandelt wurden, von denen 20 starben. Weitaus die meisten stammten aus den Staaten Minas Geraes, Sao Paulo und Rio de Janeiro. Es wurden mehrere Fälle von zweifelloser Ansteckung erwähnt, weshalb L. auch entschiedener Kontagionist ist. Dem Berichte folgt ein Anhang von Havelburg über die Anatomie der akuten Lepraeruptionen.

C. Müller - Genf.

Über Lepra, von Max Joseph-Berlin. Nach einer Krankenvorstellung in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 3. Juni 1896. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 37.) J. stellt einen 41jährigen Patienten, der in Deutschland gebürtig nach Montevideo vor 18 Jahren ging und vor 5½ Jahren zuerst einen etwa fünfmarkstückgroſsen, rotbraunen Fleck auf der Streckseite des rechten Oberarms bemerkte. An der Stelle verminderte sich das Gefühl. Im Laufe der Zeit bildeten sich immer mehr Knoten und pigmentierte Flecken an den verschiedensten Körperteilen. Oktober 1893 stellte sich eiteriger Ausfluſs aus dem Anus ein, der immer zunahm und die Defäkation erschwerte. Dann trat eine Undurchgängigkeit der Nase ein, mit starker Sekretion und Borkenbildung. Als er in diesem Jahre nach Deutschland in die Behandlung von J. kam, zeigte er alle Erscheinungen der Lepra. Am charakteristischsten ist bei Lepra, sowohl bei der tuberösen, als bei der anästhetischen das Gesicht (Facies leonina), dann der Knoten und Verfärbung der Haut auch an übrigen Stellen des Körpers. Von den Schleimhäuten werden meistens Nase, Kehlkopf, Darm etc. befallen. Therapeutisch sind wir bis jetzt machtlos. J. hat bei dem Patienten Versuche mit Schilddrüsenextrakt, jedoch ohne Erfolg, gemacht.

L. Hoffmann-Berlin.

b. *Tuberkulose.*

Akute Miliartuberkel der Haut bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose, von Liechtenstern. (*Münchener med. Wochenschrift.* 1897. No. 1.) Die mit einer Tafel versehene Arbeit verdient eine ganz besondere Beachtung. Sie lehrt, daſs die allgemeine akute Miliartuberkulose auch zum Auftreten von Miliartuberkeln in der Haut Anlaſs geben kann. Der Verfasser fand hierüber weder in der dermatologischen, noch in der sonstigen medizinischen Literatur irgend welche Notiz, sei es, daſs diese Form der Hauttuberkulose zu den gröſsten Seltenheiten gehört, oder aber den Beobachtern völlig entgangen ist. Letzteres wird begreiflich, da die Erscheinungen auf der Haut nicht grell auftreten, nur kleine, unscheinbare, spärlich und isoliert auftretende Papeln zeigen sich und können eventuell als harmlose Akne oder auch als Roseola papulosa gedeutet werden. An der Leiche werden diese Effloreszenzen ganz undeutlich.

Zunächst sei aus der Krankengeschichte Folgendes hervorgehoben: Der vierjährige Knabe hatte vier Wochen vor seiner Aufnahme ins Spital die Masern durchgemacht, aber seitdem sich nicht mehr erholt. Hohes, remittierendes Fieber veranlaſste die Hospitalaufnahme. Es bestanden zunächst nur geringfügige bronchitische Symptome, die Haut war vorläufig vollkommen normal. Auffallend war der beträchtliche Milztumor. Zunächst dachte man an Typhus, doch wurde diese Diagnose bald aufgegeben. Stärkere und ausgebreitetere bronchitische Erscheinungen auf den Lungen stellten sich ein, ferner die Zeichen linksseitiger Pleuritis. Wachsende

Dyspnoë und Cyanose resultierten hieraus. Tachycardie bestand von Anfang an. Die Temperatur wurde unregelmäßig remittierend, zeitweise traten profuse Schweiße auf, der Verfall und die Abmagerung nahmen rapide zu. Damit war die Diagnose einer im Anschluß an Masern entstandenen akuten Tuberkulose der Lungen und eines ebensolchen pleuritischen Exsudates gegeben. Ende der sechsten Krankheitswoche ging der Patient unter dem typischen Bilde der tuberkulösen Meningitis zu Grunde.

Aus dem Sektionsbefund erscheint bemerkenswert: Ausgebreitete akute Miliartuberkulose der weichen Hirnhäute. Beide Lungen von akuten, grauen miliaren und von größeren, gelbweißen Tuberkelknötchen durchsät. Ausgedehnte miliare, akute und subakute Tuberkulose der Pleura beiderseits. Einige bronchiale Lymphdrüsen verkäst. Mesenterial- und Retroperitonealdrüsen zum Teil käsig infiltriert. Die Leber ist an ihre Oberfläche von zahlreichen, grauen miliaren, zum Teil etwas größeren, weißgelben Knötchen durchsetzt. Solche sind auch auf dem Durchschnitt zu erkennen. Die enorm vergrößerte Milz zeigt oberflächlich zahlreiche gelbliche Knötchen, auf dem Durchschnitt erweist sich ihr Parenchym von zahllosen dichtstehenden miliaren, grauen und größeren gelben Knötchen durchsät. Durch Konfluenz derselben sind die beiden Pole in eine homogene, weißgelbe Masse verwandelt. In der Rinde beider Nieren zahlreiche kleine, miliare, graue und weißgelbe Tuberkelknötchen.

Erst in der zweiten Woche des Spitalaufenthaltes des Patienten erregten einige wenige Hauteffloreszenzen die Aufmerksamkeit. Sie bestanden in kleinen, mohnkorn- bis höchstens hanfkorngroßen, lebhaft roten, derben, kegelförmig zugespitzten Papeln, die sich auf vollständig normaler Haut mit scharfem Kontur steil erhoben. Im weiteren Verlaufe der Krankheit gesellten sich successive neue derartige Knötchen hinzu, so daß sie alsbald nicht nur im Gesichte, sondern auch auf dem ganzen Rumpfe an den oberen Extremitäten, am spätesten und spärlichsten auch an den Unterextremitäten bemerkbar wurden.

Außerordentlich wichtig war nun das weitere Verhalten dieser kleinen Papeln. Zahlreiche derselben bildeten sich nach kürzerem oder längerem Bestande allmählich unter Abblasung und feinster Abschuppung vollständig zurück. Bei anderen kam es auf der Spitze des kegelförmigen Knötchens zur Bildung eines minimalen Bläschens, das rasch eintrocknete, worauf die weitere Rückbildung unter der erwähnten Desquamation erfolgte. Bei wiederum anderen Knötchen bildete sich aus dem Spitzenbläschen der Papel eine kleine Pustel, welche zuweilen auch größer wurde, aber niemals kam es zu einer totalen Vereiterung der ganzen Papel, wie bei einer Aknepustel oder bei einer Impetigo. Die Pustelbildung blieb stets auf die Spitze oder die etwa oberste Hälfte der Papel beschränkt. Der Pustelinhalt trocknete stets rasch ein, die kleine Borke hob sich dann unmerklich, gleichzeitig mit der erwähnten Desquamation des übrigen Abschnittes der Papel ab. Niemals kam es zur Bildung größerer als hanfkorngroßer Papeln, niemals zu größeren Pusteln, nie auch nur entfernt zur Bildung eines, wenn auch noch so kleinen Hautgeschwürs. Wegen dieser Neigung der akuten Miliartuberkel der Haut zu spontaner Involution und Resorption wurden diese Bildungen bisher gar nicht beachtet.

Am meisten zeigte das beschriebene Exanthem noch Ähnlichkeit mit dem sogenannten Lichen syphiliticus, es teilt mit diesem auch die geringe Neigung zur Pustelbildung in die ausgesprochene Neigung zur Involution unter Schuppenbildung. Während sich die geschilderten Papeln in der erwähnten Weise zurückbildeten, traten immer neue Nachschübe an anderen entfernten Stellen der Haut auf, doch kam es zu keiner Zeit zu einer gleichzeitigen reichlichen Dissemination. Ferner

bestand niemals auch nur die geringste Tendenz zur Gruppenbildung. Die Dissemination war eine völlig gleichmäfsige und isolierte. Dieser Umstand, sowie die eigenartige Gestalt der Knötchen und die Art ihrer Involution erregte beim Verfasser schon früh die Überzeugung, dafs es sich hier um etwas besonderes, um Eruptionen handle, die mit der Grundkrankheit, der akuten Miliartuberkulose in ursächlichem Zusammenhange stehen müfsten. Es sollten nun intra vitam die Knötchen auf Tuberkelbacillen untersucht werden, aber faktisch beschränkte sich die Untersuchung zu Lebzeiten des Patienten auf den eitrigen Inhalt einer pusteltragenden Papel und blieb ergebnislos. Es hätte eine der Papeln von Grund aus exstirpiert werden müssen; dann würde schon ein durch Quetschung dargestelltes Ausstrichpräparat genügt haben, die Tuberkelbacillen zur Anschauung zu bringen, da sie, wie später sich zeigte, in dem im Papillarkörper gelegenen Miliartuberkel in geradezu enormer Zahl vorhanden waren. Bei der Sektion wurden zwar ein paar frische Knötchen samt der Cutis herausgeschnitten, dadurch gelang es, den frischen Miliartuberkel in voller Schönheit darzustellen, aber es wurde leider versäumt, auch solche Papeln zu exstirpieren, welche in der Rückbildung weit vorgeschritten waren. Die mikroskopische Untersuchung wurde in sorgfältiger Weise von Dr. Wilms ausgeführt und folgt im Anschlufs an die Arbeit Leichtenstern's. Sie ergab, dafs epidermoidale Teil des Knötchens einen etagenförmigen — in der Zeichnung klar erkennbaren — Bau zeigte, indem zwischen Schichten gewucherter Hornhaut, abwechselnd Exsudatschichten lagen, ganz analog dem von Unna erforschten etagenförmigen Bau der staphylogenen Impetigo, nur mit dem Unterschiede, dafs die Exsudatschichten nicht, wie bei der Impetigo Unna's ausschliefslich aus Leukocyten, sondern aus serofibrinösem Exsudat mit spärlichen Leukocyten, Zellnekrosen und Kernresten bestanden. Dort aber, wo es zweifellos durch Einwanderung von Eiterkokken von aufsen her in die oberflächlich verletzte Papel zur Pustelbildung kam, zeigte das Knötchen den der Impetigo gleichenden Bau auch insofern, als die obersten Exsudatschichten der Papel rein eitrig waren und Eiterkokken enthielten.

Das primäre und richtigste Gebilde ist der im Papillarkörper der Haut gelegene 1—2 mm breite linsenförmige Tuberkel mit zahllosen Tuberkelbacillen in seinem Innern. Verfasser erklärt die sekundäre epidermoidale Papelbildung damit, dafs durch Diffusion der Tuberkel-Toxine in das Stratum mucosum, auf chemotaktischem Wege Anlockung spärlicher Leukocyten und serofibrinöse Exsudation aus dem Papillarkörper dort stattfand. Durch die zeitweilige Wucherung neuer Hornschichten und nachfolgend Exsudation entstand der beschriebene etagenförmige Aufbau des epidermoidalen Teiles des Knötchens, ganz ebenso wie bei der Impetigo nach Unna. Bezüglich der weiteren Einzelheiten sei auf das Original verwiesen (den mikroskopischen Befund von Wilms). Nur noch auf zwei Krankheitserscheinungen wäre die Aufmerksamkeit hinzulenken:

1. Kam es allmählich im Gefolge der Eruption der Miliartuberkel der Haut zu einer akuten Schwellung zahlreicher Lymphdrüsen am Halse, in der Achselhöhle und in der Leistengegend.

2. Zeigten sich in der vierten Krankheitswoche auf der Schleimhaut der Unter- und Oberlippe, namentlich am Umschlagwinkel der Lippen zur Zahnfleischschleimhaut miliare Eruptionen, welche sich alsbald in oberflächliche Geschwürchen mit speckigem Belage umwandelten. Auch auf der Zungenschleimhaut traten ein Paar derartige kleine Ulcerationen auf. Leider unterblieb die Untersuchung auf Tuberkelbacillen. Vielleicht handelte es sich auch hier um miliartuberkulöse Eruptionen, welche in der Schleimhaut einen anderen Verlauf — raschen ulcerativen Zerfall — nahmen als in der widerstandskräftigen Lederhaut.

Die dem „mikroskopischen Befunde“ von Wilms beigefügte Tafel verdient eine spezielle Würdigung wegen des klaren durch sie gelieferten Überblicks über den etagenförmigen Bau, welchen der epidermoidale Teil des Knötchens zeigt, ferner über die ungeheure Menge der deutlich gefärbten in einem entzündlichen, gleichmäfsig gebauten Granulationsgewebe eingelagerten Tuberkelbacillen. Andere Bakterien sind in dem Granulationsgewebe nicht auffindbar gewesen. Die Verteilung der Tuberkelbacillen, ihre ätiologische Bedeutung, ihr Verhältnis zur Entstehung der etwas komplizierten Hautaffektion — all dies wird durch den Befund von Wilms klargelegt und ist im Original beweiskräftig erledigt. *Neuhaus-München.*

c. *Syphilis.*

Ergänzende Bemerkungen zum Kampfe gegen die Lues, von C. Strohmberg. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 39.) Verfasser, ein Anhänger einer strengen Überwachung der Prostitution, verlangt in zwei Punkten eine Besserung der Kontrolle. Erstens soll die Untersuchung stets nur in dazu eingerichteten Räumen, niemals im Hause der Prostituierten stattfinden. Diese Räume lehnen sich am besten an eine Krankenanstalt an, müssen mit allen zur Untersuchung irgend nötigen Instrumenten ausgerüstet sein und auch alles enthalten, was zur ambulatorischen Behandlung erkrankter Prostituierter nötig ist. Zweitens soll die Honorierung der Ärzte durch die Behörden, niemals durch die Prostituierten selbst erfolgen, wie es in Rufsland üblich zu sein scheint.

Des weiteren verlangt Verfasser eine Verbreitung der Kenntnisse von den venerischen Erkrankungen und macht verschiedene Bemerkungen über die Bücher der Prostituierten etc. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Verbreitung der Syphilis im Gouvernement Novgorod, von G. Herzenstein. (*Zeitschr. f. Hyg., gerichtl. u. prakt. Med.* 1896. No. 4.) Die Zahl der Syphilitiker im Novgorodschen Gouvernement ist in stetigem Wachstum begriffen und stieg von 7,37 pro mille Bevölkerung im Jahre 1888 bis auf 8,7 pro mille 1894. Ihre Verbreitung findet die Krankheit auch hier, wie überall im Reiche, hauptsächlich auf aufsergeschlechtlichem Wege. Die medizinische Hülfe ist hier eine stets mangelhafte. Zur Bekämpfung der Krankheit und ihrer Verbreitung schlug Dr. Lebedew die Gründung kleiner Heilanstalten für erwachsene Syphilitiker und besondere Asyle für syphilitische Kinder vor, ein Vorschlag, mit dem sich auch die St. Petersburger syphilidologische Gesellschaft vollkommen einverstanden erklärte.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Die Verbreitung der Syphilis und ihre ambulatorische Behandlung in den dem Krankenhause am nächsten gelegenen Dörfern des Tschernogrjaschen Kreises des Gouvernements Moskau, von N. Skatkin. (*Zeitschr. f. Hyg., gerichtl. u. prakt. Med.* 1896. No. 5 u. 6.) Von 1885—1892 wurden 3880 Syphilitiker eingeschrieben. Mehr als $^3/_4$ derselben befanden sich in der tertiären Syphilisperiode. Durchschnittlich betrug die jährlich einregistrierte Zahl der Syphilitiker 4,13% der Bevölkerung. In den letzten fünf Jahren scheint die Krankheit etwas abgenommen zu haben. Die Behandlung war vorzugsweise eine ambulatorische. Die Patienten besuchten das Ambulatorium sehr selten und liefsen sich nur sehr kurze Zeit behandeln, weshalb die meisten derselben ungeheilt blieben. Die Ursachen dieser ungenügenden Behandlung blieben unbekannt. Für die regelmäfsige Behandlung der Syphilitiker sind genaue Register derselben unentbehrlich, und zwar in jedem Dorfe: 1. Familienliste für alle Kranke, inkl. Syphilitiker. 2. Familienliste nur für syphilitische Familien. 3. Namensliste nur für Syphilitiker.

Nur dadurch könnte eine richtige Vorstellung über die Verbreitung dieser Krankheit gewonnen werden. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Die Verbreitung der Syphilis im Nicolajewschen Kreise des Gouvernements Samara, von J. Nikitin. (*Allwöchentl. med. Zeitschr.* 1896. No. 3.) Unter einer Bevölkerungsziffer von 45000 wurden im Jahre 1893 198 Männer als syphilitisch registriert. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Weiteres über das Syphiliskontagium, von van Niessen. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 36.) Der Verfasser des Buches „der Syphilisbacillus", der Wiederfinder der dem Lustgartenschen Bacillus auf dem Wege durch die Skepsis der Kritik verloren gegangenen Spezifität beginnt seine weiteren Mitteilungen mit einer Beschwerde über die kritische Beurteilung, die seine Arbeit gefunden: „Die Mehrzahl der Kritiken sei kritiklos gewesen;" Die Fachblätter müfsten die akuten Besprechungen von Originalarbeiten wirklich berufenen Händen und Köpfen anvertrauen" etc. Es ist wohl begreiflich, dafs die ungünstige Beurteilung dem Verfasser Schmerz bereitet, aber es dürfte doch für ihn ratsam sein, sich eingehend zu prüfen, ob nicht doch seine Arbeit so viel Schwächen besitzt, dafs die gefundene Kritik begründet ist. Der Verfasser steht auf einer prinzipiell falschen Basis, wenn er von der Kritik positive Gegenbeweise verlangt. Er hat die Aufgabe, seine sehr auffallenden, vielfach den bestehenden Anschauungen radikal entgegenstehenden Behauptungen mit solchen positiven Beweisen zu belegen, dafs sie für die Kritik unanfechtbar sind. So lange das nicht der Fall ist, thut die Kritik nur ihre Pflicht, wenn sie die etwaigen schwachen Seiten in der Beweisführung hervorhebt; Gegenbeweise beizubringen ist nicht ihre Aufgabe. Es wäre dem augenscheinlich mit aufopferndem Fleifse arbeitenden Verfasser, der sich selbst mit Columbus vergleicht, nur zu wünschen, dafs er mit der Kritik seiner Arbeit künftig zufrieden sein kann; allerdings kann ich mich des Zweifels nicht erwehren, ob diese jetzt vorliegende Arbeit die Zufriedenheit anzubahnen geeignet ist. Nun zur Sache! Verfasser ging bei seinen weiteren Züchtungen besonders aus von dem luetisch erkrankten Nervensystem, der paralytischen Hirnrinde und dem tabetischen Rückenmark, also von den pathologisch afficierten Veränderungen, deren spezifisch luetische Natur von den meisten Autoren angezweifelt wird. Er verschiebt aber die Wiedergabe der bakteriologisch-histologischen Befunde im Zentralnervensystem auf eine spätere Zeit. Diesesmal geht Verfasser mehr auf seine neuen positiven Impfresultate und Züchtungsversuche aus luetischen Produkten ein. Er impfte mit Erfolg in letzter Zeit Nager und Zweihufer mit Kulturen einer Initialsklerose, die er sehr tief excidierte und in charakteristischer Weise mit seinem Syphiliserreger bis in die tiefsten Schichten durchsetzt fand. Aus der Sklerose wie aus dem luetischen Blute, das er während der Excision gewann, erhielt Verfasser Reinkulturen. Dabei betont Verfasser die Polymorphie eines Syphiliserregers, den er anheimgiebt „Syphilisbacillus" oder „Syphiscoccus" zu nennen. Als Ergebnisse seiner Impfungen, deren Folgen beim Tiere geschildert werden, führt Verfasser an, dafs er erzielt habe: typische Primäraffekte (sklerosierende Ulcera) am Genitale der Ziege, furunkulöse, initiale Geschwüre mit umschriebenen Infiltraten und Indurationen metastatischer Art beim Kaninchen, gummöse Neubildungen, in einem Falle mit beginnender, zentraler, eitriger Schmelzung und phagedenisch in die Tiefe vorrückende Geschwüre.

Auf die Gefahr hin vom Autor nicht zu den Kritikern gezählt zu werden, die zur Kritik das Zeug haben, mufs ich doch sagen, dafs der festen Überzeugung des Verfassers, luetische Produkte bei den Tieren erzeugt zu haben, die strengste Skepsis entgegengestellt werden mufs. Sollte Verfasser dieselbe als nicht berechtigt widerlegen

können, desto besser für ihn und die Wissenschaft. Bisher ist ihm aber nicht gelungen der Skepsis den Boden zu untergraben. Es scheint doch, als ob er in seiner festen Überzeugung den Syphiliserreger in Händen zu haben, alles, was er mit seinen Kulturen erzeugt, gewissermafsen durch eine luetische Brille ansieht, selbst wenn es mit allen früheren, bei den stets vergeblichen Tierimpfversuchen in herbstem Widerspruch steht. Sicher geht er in seinen Schlüssen zu weit. Dafür zum Schlufs nur ein Beispiel: Er findet im blennorrhoischen Sekret einen Syphiliserreger. Statt nun sich zu fragen, ob das nicht darauf deutet, dafs es mit der Spezificität desselben seine Zweifel hat, will er vielmehr darauf diagnostische Schlüsse bauen und dem Blennorrhoiker eine Syphilis an den Hals hängen. Leider entzog sich der Patient seiner Beobachtung. Vielleicht hätte das Nichteintreffen der Syphilis den Verfasser etwas skeptischer gemacht gegenüber seinem Lieblingskinde. Im übrigen wollen wir die versprochenen weiteren Mitteilungen abwarten, bevor wir eine definitiv ablehnende Stellung einnehmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis, von Henri Feulard. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 33.) Auf dem dritten internationalen Dermatologenkongresse gab Verfasser ein Referat über die sehr wichtige Frage, wie lange die Syphilis übertragbar ist. Er zeigt zunächst, wie es in allererster Reihe die der Sekundärperiode angehörigen Papeln sind, welche die Übertragung übermitteln, und wie alle Momente, welche zumal die Bildung von Schleimhautpapeln unterhalten und verlängern, auch damit die Ansteckungsfähigkeit verlängern. Zu diesen Momenten zählen vor allem lokale Reizung durch Mifsbrauch von Alkohol und Tabak; letzterer vermag besonders die Sekundärperiode hinzuziehen.

Feste Schlüsse auf die Dauer der Ansteckungsfähigkeit gestatten nur ausgedehnte klinische Beobachtungen. So lange Papeln bestehen, wird man auch die Möglichkeit der Übertragung annehmen müssen. Barthélemy fand unter 531 Prostituierten 20, die Papeln zeigten, trotzdem seit der Infektion schon 4 bis 12 Jahre verflossen waren. Dadurch wird die gewöhnliche Annahme, dafs die Syphilis nach circa 4 Jahren aufgehört hat, kontagiös zu sein, erschüttert. Noch beweisender sind aber Fälle, in welchen wirklich bewiesen werden kann, dafs nach mehr als 4 Jahren wirklich eine Übertragung vom Manne auf die Frau erfolgt ist. Solche Fälle hat Verfasser durch eine kleine Sammelforschung festzustellen gesucht; er giebt sie hier wieder. Es sind 20, von denen bei 16 die Übertragung in den ersten 10 Jahren stattfand. Der Initialaffekt safs in 12 Fällen auch an den Genitalien; zweimal wurde die Übertragung durch Konzeption vermittelt, zweimal entstanden Lippenschanker, viermal wurde der Initialaffekt nicht nachgewiesen, erst die Sekundärerscheinungen lenkten die Aufmerksamkeit auf die Syphilis. Die Ansteckung ging aus fünfmal von oberflächlichen Substanzverlusten am Penis oder Skrotum, zweimal von Geschwüren am Penis tertiären Charakters, sechsmal von Erosionen im Munde oder an der Zunge. Meist erfolgte die Ansteckung in den ersten Monaten der Ehe, in einzelnen Fällen sogar erst nach Jahren. Die Ehemänner waren fast alle früher sorgsam behandelt worden; unter ihnen befindet sich ein Arzt, der über acht Jahre fast permanent behandelt war und doch nachher seine Frau infizierte. Keineswegs handelte es sich immer um schwerere Syphilisfälle. In der Hälfte derselben waren leichte Erscheinungen vorhanden, die aber stets recidivierten; besonders kleine Risse und Abschilferungen der Zunge, oberflächliche Syphilide des Scrotums, Nagel- und Handflächenerkrankungen. Die Zungenveränderungen und die Psoriasis palmaris et plantaris haben überhaupt das gemeinsame, dafs sie sehr widerstandsfähig sind und oft nur auf Kalomelinjektionen zurückgehen. — Hervorzuheben ist, dafs viermal die Frauen bereits gesunde Kinder geboren hatten; es ist also die Geburt eines gesunden Kindes kein Zeichen erfolgter Heilung. —

Der Charakter der bei den angesteckten Personen entstehenden Syphilis scheint nicht abhängig von dem Alter der Syphilis des Infizierenden.

Der Verfasser folgert aus seinen Beobachtungen:

Die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis bestimmt festzustellen, ist unmöglich; sie variiert bei den verschiedenen Individuen. — Die herrschende Ansicht, dafs die Kontagiosität nach 3 bis 4 Jahren erlischt und man deshalb nur so lange die Ehe verbieten mufs, stimmt für die Mehrzahl der Fälle.

In seltenen Fällen kann aber auch nach 6 bis 10 und mehr Jahren eine Übertragung stattfinden. Hier sind es häufiger einfache Erosionen, welche die Infektion vermitteln; vielleicht auch tertiäre Erscheinungen.

Die Epitheldecke der Genitalien und die Mundschleimhaut spielen bei der Übertragung eine besonders wichtige Rolle.

Die Ursache des späten Auftretens kontagiöser Syphilide sind meist unbekannt; bei der Mundschleimhaut ist der Tabaksgenufs besonders bedeutungsvoll. Man mufs also starken Rauchern gegenüber mit der Heiratserlaubnis besonders vorsichtig sein.

Die Behandlung scheint keinen grofsen Einflufs auf die Virulenz zu haben.

Stets bedarf es bei der Prognose der Zukunft eines Luetischen in Bezug auf die Ansteckungsfähigkeit einer gewissen Reserve, da Übertragungen in später Zeit vorkommen, ohne dafs man sie hätte ahnen können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heiraten? von E. Lesser. (*Therapeut. Monatsh.* August 1896.) Zwei Gefahren, so führt der Verfasser aus, drohen dem Syphilitischen in der Ehe: Erstens die Gefahr schwerer Recidive, welche die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen; zweitens die Gefahr Frau und Kinder zu infizieren. Die Gefahr des Auftretens schwerer tertiärer Erscheinungen ist insofern eine geringe, als nur eine kleine Anzahl von Fällen von diesen heimgesucht wird und eine sorgsame Behandlung in den Frühperioden sie sehr abzuschwächen vermag. Sie kann kein Hindernis für den Ehekonsens bieten. Hat aber jemand schon schwerere tertiäre Erscheinungen gehabt, so wird man ihm dringend von der Ehe abraten. — Die zweite Gefahr der Ansteckung der Gattin und der Vererbung besteht nur eine bestimmte Zeit. Dabei ist zu bemerken, dafs bei der Frau im Gegensatz zum Manne die Vererbungsfähigkeit die Ansteckungsfähigkeit lange überdauert, man also bei luetischen Frauen vorsichtiger bei der Erteilung der Heiratserlaubnis sein mufs als bei luetischen Männern. Im allgemeinen dauert die Ansteckungsfähigkeit wenigstens drei Jahre. Übermittelt wird die Ansteckung durch Sekrete von Krankheitsherden, durch das Sperma direkt oder indirekt nach erfolgter Konzeption. — Als Minimum wird man also drei Jahre festhalten müssen, besser fünf bis sechs Jahre, wobei die Energie der stattgehabten Behandlung mitzureden hat. Die Forderung, dafs ein bis zwei Jahre seit dem letzten Krankheitssymptom vergangen sein müssen, ist in dieser Form nicht richtig. Es kommt darauf an, welcher Art die Symptome waren. Waren sie sekundärer Natur, dann ist die Forderung berechtigt, tertiäre Symptome aber kontraindizieren die Ehe nicht. Ein Nachteil würde für die Frau nicht entstehen, wenn ein mit tertiären Hautgeschwüren behafteter heiraten würde (? d. Ref.). In jedem Falle mufs der Arzt sich der grofsen Verantwortlichkeit bewufst bleiben, die er bei der Verweigerung wie bei der Erteilung des Heiratskonsenses zu tragen hat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die **Prognose der Syphilis** ist nach Fournier (*Bull. méd.* Mai 1896) nicht nur abhängig von den spezifischen Krankheitserscheinungen, sondern ganz besonders von dem ungemein häufigen Auftreten der parasyphilitischen Läsionen, die in gewohnter Weise aufgeführt werden. *H. Einhorn-München.*

Syphilis maligna secundaria, von HASLUND. (*Medic. Selskabs Forh. Hosp.-Tid.* 1896. No. 26. cfr. No. 32—34.) Maligne Syphilis, welche erst von BAZIN beschrieben worden, ist eine Form von sekundärer Syphilis mit Auftreten von ulcerativen Prozessen auf der Haut kurz nach der Infektion; diese entstehen durch Papel- und Pustelbildungen, selten durch nekrotischen Zerfall der Papel. Sie darf nicht mit galloppierender Syphilis und tertiären Formen identifiziert oder verwechselt werden. Der Name Syphilis maligna ist daher störend; sie sollte Syphilis ulcerativa praecox oder jedenfalls Syphilis maligna secundaria genannt werden. Sie scheint namentlich bei schlecht ernährten Individuen vorzukommen, aber doch auch nicht so selten bei Patienten, deren Allgemeinzustand völlig befriedigend ist. In solchen Fällen kann man vielleicht annehmen, daſs Syphilis nie vorher in der Familie des betreffenden Patienten vorgekommen, und das Geschlecht somit nicht „vacciniert" worden ist, wie ja die Syphilis auch einen bösartigen Charakter annimmt beim Auftreten in solchen Gegenden, die früher davon verschont wurden. Die Prognose ist besser, als man gewöhnlich annimmt; unter guten hygienischen Verhältnissen und passender Behandlung heilt sie gewiſs in der Regel vollständig, und ohne die Tendenz in Tertiarismus überzugehen. — Unter 8691 Fällen von Syphilis, die auf der Abteilung des Verfassers in den Jahren 1882—1895 (incl.) behandelt wurden, ist sie 39 mal vorgekommen, bei 0,47% Männern und in demselben Prozentverhältnis bei Frauen. Man kann keine allgemeine Regeln für die Behandlung aufstellen; man muſs im höchsten Grad individualisieren; gute hygienische Verhältnisse, kräftige Diät etc. sind doch immer zu empfehlen. — Die guten Resultate, welche in allen Fällen des Verfassers erreicht sind, rühren von sehr verschiedener Behandlung her.

In der Diskussion erwähnt PONTOPPIDAN (wie auch von HASLUND angeführt) das irrige im Namen Syphilis maligna und spricht die Vermutung aus, die Ursache der ulcerativen Prozesse wäre möglicherweise in einer Mischinfektion z. B. mit Staphylokokken zu suchen. — HASLUND glaubt nicht, daſs diese Auffassung richtig sei, die Sache ist aber bis jetzt zu wenig untersucht.

Ludw. Nielsen - Kopenhagen.

Einige weniger gewöhnliche Formen syphilitischer Erkrankung, von MCCALL ANDERSON. (*Brit. med. Journ.* 12. September 1896. S. 637.) Der Verfasser beschreibt eine Anzahl interessanter Fälle.

Im ersten Falle sprach der Patient bei der Aufnahme langsam und undeutlich; seine Ausdrucksweise war schwerfällig und stupid. Die untere Partie der rechten Gesichtshälfte war paretisch, ebenso, aber weniger stark, der rechte Arm. Aus den anamnestischen Angaben konnte man auf Syphilis schlieſsen. Eine gründliche Schmier- und Jodkaliumkur brachten die Erscheinungen zum Schwinden.

Im zweiten Falle war der Patient unfähig, auch nur die leichteste Rechnung auszuführen, er konnte Wörter nicht korrekt buchstabieren, ausgenommen seinen eigenen Namen. Er litt an heftigen Schmerzen, besonders am Hinterkopf, welche einige Tage nach dem Auftreten der Aphasie einsetzten. Unter einer antisyphilitischen Kur verschwanden alle Symptome.

Der dritte Fall betraf einen 7jährigen Knaben mit hereditärer Lues. Beide Kniegelenke des Patienten waren gleichmäſsig geschwollen, schmerzhaft, gespannt, prall elastisch. Von der Schwellung war auch noch das untere Ende des Oberschenkels ergriffen. Diese Partie war gleichseitig gerötet und fühlte sich heiſs an. Der Patient konnte wegen der Spannung und der Schmerzhaftigkeit die Beine nicht strecken. Neben diesen Erscheinungen bestand an beiden Augen eine interstitielle Keratitis. Jodkalium hatte hier wenig Wirkung, mehr Quecksilbereinreibungen an den erkrankten Partien.

Der vierte Fall zeigte Symptome einer beginnendes Tabes. Dieselben verschwanden jedoch fast ganz unter energischen Quecksilbereinreibungen und Elektrisieren mit dem galvanischen Strom.

Der Verfasser beschreibt noch weitere Fälle. Es handelt sich zumeist um solche, die vor einer Reihe von Jahren leichte syphilitische Erscheinungen gezeigt, sich jedoch nur schlecht haben behandeln lassen. *C. Berliner-Aachen.*

Die Recidive der syphilitischen Roseola, von Fournier. (*Journ. des pratic.* 1896. No. 46.) Dieselbe stellt keine Wiederholung einer initialen Roseola dar, sondern nur die abgeschwächte Form einer gewöhnlichen Roseola. Sie ist weniger ausgebreitet als diese und zeigt weniger zahlreiche isolierte Elemente. Meist lokalisiert sie sich an den Seitenpartien des Thorax und ergreift nur ganz selten die Extremitäten. Die einzelnen Flecke sind kleiner, nicht so intensiv rot, ihre Konturen weniger scharf, verschwommen. F. beschreibt auch eine besondere Varietät dieser recidiven Roseola, die ringförmige oder ovale mit zentraler gesunder Hautpartie. Bei derselben bilden die Elemente unter sich einen Ring oder Doppelkreis in dessen Mitte sich gesunde Haut befindet. Von ähnlichen tertiären Bildungen unterscheidet sich die recidive Roseola ebenfalls, indem erstere viel weniger aber gröfsere Elemente zeigt, viel langsamer verläuft, länger dauert und der spezifischen Behandlung mehr Widerstand leistet. *C. Müller-Genf.*

Syphilis insontium, von J. Lenz. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 39.) Neben der „Syphilis pravorum" giebt es nach dem Entstehungsmodus eine „Syphilis e coitu legitimo" (Infektion unter Ehegatten), eine „Syphilis hereditaria" und eine „Syphilis extragenitalis s. sine coitu". Nur letztgenannte Gruppe von Fällen will Verfasser in diesem Aufsatz als „Syphilis insontium" besprechen, wobei er sich anlehnt an die Monographie von L. D. Bulkley. Zunächst giebt Verfasser statistische Angaben unter besonderer Berücksichtigung der Beobachtung in Böhmen, woraus die Häufigkeit extragenitaler Infektion erhellt. Daran schliefsen sich allgemeine Ausführungen über die Verbreitungsweise der Syphilis, wobei Verfasser wie Bulkley unterscheidet: 1. Syphilis pandemica (epidemica und endemica); 2. Syphilis sporadica (oeconomica, crephotrophica, technica). Die zweite, heute fast ausschliefslich (bis auf Südrufsland) vorkommende Gruppe wird dann ausführlich besprochen. Die von Bulkley eingeführte Bezeichnung „Syphilis crephotrophica" fast die Fälle von Infektion der Kinder durch ihre Ernährer oder Erzieher. Zum Schlufs erörtert der Verfasser die Prophylaxe der Syphilis insontium, die besteht in einer Beschützung des Einzelnen und in öffentlichen Mafsregeln resp. der gesetzlichen Kontrole gegen die Verbreitung der Syphilis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorlesungen über infantile Syphilis, von J. A. Coutts. (*The Brit. med. Journ.* 25. April 1896.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die widerstreitenden Ansichten hinsichtlich der Natur und sogar des Auftretens der ererbten Syphilis erörtert der Vortragende sowohl den Einfluſs des Vaters wie der Mutter auf die Übertragung und die Intensität der Krankheit. Er hat sich Aufzeichnungen gemacht über je 100 Familien, in denen die Syphilis des Kindes vom Vater und in denen sie von der Mutter herrührt. In der ersteren Reihe fanden 563 Schwangerschaften statt mit 187 Aborten, 193 Kindern, welche frühzeitig starben, und 183 Kindern, welche noch am Leben sind. Die Mortalität beträgt hier 56,6%. In der zweiten Serie (Syphilis der Mutter) gab es 539 Schwangerschaften mit 189 Aborten, 303 Kindern, welche früh starben und 147 noch lebenden Kindern. Die Mortalität betrug hier genau 58%, somit nur wenig mehr als in der ersten Serie. Dafs für die Mortalität auch die Armut und andere Faktoren verantwortlich zu machen sind, be-

streitet C. nicht, wenngleich die Syphilis in solchen Fällen die Basis für den frühzeitigen Tod der Kinder bildet. Was die Syphilis durch Konzeption und die Immunität der Mutter betrifft, so glaubt der Vortragende, dafs Heilung durch Produktion einer chemischen immunisierenden Substanz eintritt. Der infizierte Fötus pflegt dieses Antitoxin zu produzieren, das durch die Mutter absorbiert wird und diese immun macht. Bei der ersten Konzeption kann die Absorption des Antitoxins seitens der Mutter und die Verbreitung desselben sowohl im fötalen, wie im mütterlichen Kreislauf des Fötus nachteilig sein und ihn lebensunfähig machen. Mit jeder Schwangerschaft kumuliert sich das Antitoxin in der Mutter und wirkt, in gehöriger Quantität vorhanden, heilsam auf die Syphilis ein, so dafs schliefslich lebende und gesunde Kinder zur Welt gebracht werden können. Zu den Erscheinungen der ererbten Syphilis gehört der kongenitale, infantile Marasmus, gegen die Quecksilberkuren von sehr geringem Nutzen sind. Die Initialsymptome der hereditären Lues setzen meist im zweiten Monate nach der Geburt, zuweilen aber auch später, ja noch ein Jahr post partum ein. Unter denselben findet man in den Lehrbüchern nur selten den von Barlow beschriebenen syphilitischen Furunkel angeführt. Es ist dies eine indolente Hautanschwellung von blauroter Farbe und spärlichem, eiterigen Inhalt.

Es werden weiter vom Vortragenden die viscerale Syphilis, die Knochensyphilis, das Collessche Gesetz einer Besprechung unterzogen. *C. Berliner-Aachen.*

Ausnahmen des Collesschen Gesetzes, von G. Ogilvie. (*Brit. med. Journ.* 1. Februar 1896. S. 272.) Der Verfasser teilt zwei Fälle mit die als Ausnahmen des Collesschen Gesetzes gelten können. Solcher Fälle gäbe es wahrscheinlich in den Kinderhospitälern und Findelhäusern noch weit mehr, als zur Kenntnis der Syphilidologen gelangten. Ein Gesetz sei aber erschüttert und könne recht eigentlich nicht als solches angesehen werden, welches so viele Ausnahmen aufweise.

J. Hutchinson, Cotterell, Lees, Colcott Fox haben niemals eine wirkliche Ausnahme des Collesschen Gesetzes gesehen und bezweifeln nach dieser Richtung hin die vom Vorredner angeführten Fälle. *C. Berliner-Aachen.*

Als **klinische Formen der konzeptionellen Syphilis** (Infektion der gesunden Mutter durch den Fötus) unterscheidet R. d'Aulnay folgende drei:

1. Eine frühzeitige, welche sich zwischen dem 60. bis 80. Tage nach der Zeugung zeigt.

2. Eine latente: Exantheme fehlen, dafür bestehen aber verschiedene andere Störungen (Cephalalgien, Knochenschmerzen, Alopecie, Fieber, Müdigkeit, Abmagerung etc.) oder auch von diesen kann nichts vorhanden sein und die Patientinnen sich scheinbar der besten Gesundheit erfreuen, trotzdem die Infektion besteht (negativer Ausfall von Inokulationen vom Kinde auf die Mutter etc.).

3. Eine spät auftretende Form, die sich erst nach 4, 6, 8, 10 Jahren zeigt und direkt mit tertiären Erscheinungen (Gummata) einsetzen kann. (*Echo méd. de Lyon.* August 1896.) *C. Müller-Genf.*

Über syphilitische Reinfektion, von P. Andriani. (*Giorn. intern. d. scienze med.* 1896. No. 16.) Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Patienten mit, der sich 30 Jahre nach Abheilung einer typisch verlaufenen Lues zum zweiten Mal syphilitisch infizierte (papulo-makulöses Exanthem, allgemeine Lymphdrüsenschwellung).

Gestützt auf diesen Fall schliefst Verfasser, dafs 1. eine syphilitische Reinfektion möglich ist; dafs 2 die Zwischenzeit zwischen den beiden Infektionen eine verschieden lange sein kann; dafs 3. nicht alle Erscheinungen der ersten Erkrankung auch bei der zweiten auftreten und dafs sich bei dieser letzteren neue Symptome zeigen

können, welche der ersten fremd waren; daſs 4. bei beiden dieselben therapeutischen Maſsnahmen anzuwenden sind. *C. Müller-Genf.*

Lokalisation von Schankern auf ungewöhnlichen Stellen, von E. H. Griffin. (*New York med. Journ.* 23. Mai 1896.) Durch vorliegende Publikation von 20 Fällen dieser Art, welche ihm in seiner Praxis als Spezialist für Hals- und Nasenerkrankungen seit August 1894 zur Beobachtung gelangt sind, will Verfasser weniger etwas wissenschaftlich Neues bieten, als vielmehr auf die Notwendigkeit der staatlichen Überwachung der infizierenden Individuen hinweisen. Es handelte sich nachweislich nur bei vier von seinen Fällen um Prostituierte. Die Tabelle umfaſst Männer, Frauen und auch Kinder. Das Primärsyphilid fand sich: an der Lippe 8 mal (resp. im Verein mit sonstiger Lokalisation 14 mal), an der Zunge 4 mal, an der Tonsille und am Arme je 2 mal, und an der Nase, der Hand, der Brustwarze (bei einer Stillenden) und dem Zahnfleisch (vielleicht durch eine infizierte Zahnbürste übertragen) je 1 mal. Diese Thatsachen sprechen für sich selbst deutlich genug. *Philippi-Remscheid.*

Hartnäckiger Schanker der Unterlippe, von D. W. Montgomery. (*Amer. med.-surg. bull.* 1. August 1896.) Die Erfolglosigkeit einer ein- bis zweiwöchentlichen, spezifischen Therapie berechtigt in zweifelhaften Fällen nicht zum Ausschluſs eines Primäraffektes und zur Annahme eines Carcinoma. In dem von M. mitgeteilten Falle war das Ulcus nach 21tägiger Behandlung — 42 Tage nach Beginn der Erkrankung — durchaus nicht verkleinert; zu der von Anfang an bestehenden, bedeutenden Schwellung der linken Unterkieferdrüsen war im Laufe der Behandlung noch eine Anschwellung der rechtsseitigen Drüsen getreten. Der mikroskopische Befund ergab keinerlei Zeichen von Carcinom oder Tuberkulose. Bis zur vollständigen Heilung verstrichen mehr als 12 Wochen; später Sekundärerscheinungen. Die Behandlung bestand im Auflegen einer Merkurialsalbe auf das Geschwür. Hydrarg. jodat. 0,01, 3—4—5 mal täglich; später Jodkalium 0,6, 3 mal täglich.

H. Einhorn - München.

Ein Fall von luetischem Primäraffekt der Conjunctiva, von Richard Hitschmann. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 52.) Auf die Bindehaut beschränkte primäre Sklerosen sind wenig beobachtet. Einem Arzt wurde infektiöses Sekret beim Touchieren des Halses eines Luetischen durch einen Hustenstoſs ins Auge geschleudert. Einer Pflegerin stieſs ein luetisches Kind mit dem Finger ins Auge. Häufig hat das volkstümliche Aualecken des Auges zu Sklerosen geführt. Benutzung eines infizierten Handtuches scheint die Veranlassung für die Primärsklerose in dem vom Verfasser mitgeteilten Falle gewesen zu sein. Es bestand im innern oberen Teile des Konjunktivalsackes auf der Conjunctiva bulbi und der korrespondierenden Stelle der Conjunctiva tarsi ein miſsfarbig, grau belegtes Geschwür. Der Rand am Tarsalgeschwür war härtlich; die Härte erstreckte sich nach dem Augenhöhlenrand zu. Schmerzhaftigkeit gering, Drüsen vor dem rechten Ohr und am Unterkiefer stark vergröſsert. Jodoform, 1%ige gelbe Präcipitatsalbe wurden ordiniert; Besserung, aber nicht Heilung des Geschwüres. Sechs Wochen später Exanthem, Condylome. Schmierkur, Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Pathologische und klinische Wichtigkeit der Verengerung des Harnröhreneingangs. Anzeigen zu dessen Durchtrennung und neue Operationsinstrumente, von Barbuoco. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Nach der

Ansicht des Verfassers mufs man unter die Ursachen der sexuellen Neurasthenie neben anderen Momenten (Urethritis, Strikturen, Hypertrophie der Prostata, Überempfindlichkeit der Harnröhre) auch die Verengerung des Harnröhreneingangs rechnen.

In gewissen Fällen bestehe dieselbe neben anderen Mifsbildungen im Harn-Geschlechts-Apparat, dann mufs man diese beseitigen. Weiter ist es angezeigt, die Spaltung vorzunehmen, wenn dicke Sonden eingeführt werden sollen.

Für das operative Vorgehen seien 3 Punkte zu beachten: 1. ist darauf zu sehen, dafs der Einschnitt genau in der unteren Mittellinie angelegt werde; 2. ist die Tiefe des beabsichtigten Schnittes zu bestimmen; 3. sollen die blutigen Flächen an ihrer Vereinigung gehindert, also das neue Kaliber der Eingangsöffnung nach der Operation aufrecht erhalten werden. Hierzu dient besonders eine konische Kanüle mit Längsrinne und äufserer Skala. Die Rinne dient zur genauen Messerführung, die Skala zeigt den je nach den Verhältnissen beliebten Umfang an, der erreicht und durch Sondierung aufrecht erhalten werden soll. Für letzteren Zweck ist eine 15 mm lange Gummiröhre bestimmt, welche durch 4 Fäden aufsen fixiert wird und einige Zeit liegen bleibt. Sie wird gut ertragen. Um die Tiefe des Schnittes zu regeln, hat der Verfasser einen Apparat ersonnen, welcher im wesentlichen aus 2 Kegeln besteht, welche die schneidende Klinge führen.

Kokainbenutzung ist ratsam.

In 6 Fällen von neurasthenischen Störungen ist durch die Spaltung des Harnröhreneinganges eine wesentlichene Besserung erzielt worden. *Neuhaus-München.*

Angeborener Verschlufs der Harnröhre. Bericht über eine Operation, von Charles W. Allen-New York. (*Med. Record.* 6. Juni 1896.) Nach vergeblichen Versuchen, nach Spaltung der Haut an der Spitze des Penis eine Urethra zu entdecken, wurde die Blase, wie bei einer Steinoperation, durch Sectio perinealis eröffnet. Von der Dammwunde aus wurde eine Sonde in die Harnröhre gebracht und vom proximalen nach dem distalen Ende durchgestofsen. Es zeigte sich, dafs der Kanal der Harnröhre nur bis zur Mitte der Pars pendula gebildet war. Das Kind starb später, wie die Sektion ergab, an Hydronephrose und Urämie. Wahrscheinlich war es in der letzten Zeit versäumt worden, wie von Allen vorgeschrieben war, regelmäfsige Sondierungen des neugebildeten Weges vorzunehmen. *J. Appel-Altona.*

Angeborene Verengerung der Harnröhre, von Guibé. (*Ann. des mal. des. org. gén.-ur.* 1896. No. 2.) Bei einem männlichen Kinde, das 16 Stunden nach der Geburt an Asphyxie zu Grunde ging, fanden sich bei der Sektion die beiden Nieren in ihren Kelchen bedeutend ausgedehnt, das Parenchym atrophisch und cystisch entartet, ferner in Bezug auf Blase und Harnröhre folgender Befund: die sehr ausgedehnte Pars prostatica der Harnröhre scheint mit der Blase eine einzige Tasche zu bilden, nur an der sonstigen Vereinigungsstelle findet sich noch eine leichte Einschnürung. 3 cm vom Blasenhals entfernt geht die Pars prostatica in einen Blindsack über, dessen Endigung nicht genau festzustellen ist. Betrachtet man ihn als den Bulbus urethrae, so scheint sich die Vereinigung der beiden Harnröhrenabschnitte etwa im Niveau des Scheitels der Prostata zu vollziehen. Etwas unterhalb der Öffnung des Utriculus prostaticus findet sich nämlich eine Öffnung zur Verbindung mit der vorderen Harnröhre in der Form eines kleinen Schlitzes, der nur eine Stecknadel durchdringen läfst. Die Pars anterior urethrae bot nichts besonderes dar, eine Rinnensonde dringt bis zur dicksten Stelle des Veru montanum. *Neuhaus-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

F. Schubiger.

Lichtdruck von Julius Klinkhardt.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (u. Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 8. 15. April 1897.

(Aus der medizinischen Klinik der Universität Zürich.)

Über Sklerodaktylie.

Von

Ferdinand Schubiger,
med. pract. von Solothurn.

(Mit Tafel IX.)

I.

Die Sklerodaktylie und die Sklerodermie, von der jene nur eine besondere Form darstellt, gehören zu jenen Krankheiten, die, erst in jüngerer Zeit in die medizinische Wissenschaft aufgenommen, seither in steigendem Maſse das Interesse der Ärzte auf sich gezogen und in der Litteratur viele ältere Schwestern überflügelt haben. Seit Thirial[1] im Jahre 1845 zum ersten Male das „Sclerema adultorum“ im Gegensatz zu dem schon lange bekannten Sclerema neonatorum beschrieb, und Gintrac[2] im Jahre 1847 dafür den Namen Sklerodermie einführte, hat sich die Zahl der Arbeiten über dieses neu erschlossene Gebiet von Jahr zu Jahr vermehrt. In mehr als zwanzig Dissertationen und in zahlreichen Vereinsberichten wurde das kasuistische Material zusammengetragen, so daſs in den letzten Jahren mehrere Autoren gröſsere Monographien über den Gegenstand veröffentlichen konnten. Die Krankheit hat sich so rasch einen bedeutenden Platz in der Fachlitteratur erworben, weil sie einmal ein groſses wissenschaftliches Interesse darbietet, zugleich aber auch der Forschung groſse Schwierigkeiten entgegenstellt und deshalb zu lebhaften Kontroversen geführt hat. In der That, nachdem die Symptomatologie der Sklerodermie heute ziemlich genau bekannt ist, sind wir in der Erkenntnis der Pathogenese nicht viel weiter als vor fünfzig Jahren, und neben den Autoren, welche darüber streiten, ob die Ursache der Affektion

[1] *Journal de médecine de Trousseau.* 1895.
[2] *Journal de méd. de Bordeaux.* 1897.

organische Veränderungen oder nur funktionelle Störungen sind, stehen diejenigen, welche die Sklerodermie überhaupt nicht als Krankheit sui generis anerkennen, sondern der Lepra zurechnen. (ZAMBACO[3], LARDEUX[4].)

Die Sklerodaktylie, diejenige Form der Sklerodermie, welche die Finger und Hände, viel seltener die Zehen ergreift, ist als besondere Form beschrieben worden, zuerst von BALL[5], und sie verdient diese Sonderstellung vollauf; nicht nur zeigt hier die Haut die ausgesprochensten Veränderungen, die bis zur Nekrose und Gangrän führen können, sondern wir finden hier auch stärkeres Befallensein der tieferen Gewebe, Muskeln und Knochen, dementsprechend bedeutendere Funktionsstörungen und die schlechteste Prognose unter allen Sklerodermiefällen.

Die Sklerodaktylie ist bisher in etwa 40 Fällen beschrieben worden, wozu eine gröfsere Anzahl solcher Fälle kommen, wo aufser den typischen Stellen noch andere Körperregionen ergriffen waren. Auf der Züricher medizinischen Klinik sind in den letzten Jahren drei Fälle beobachtet worden; dieselben wurden mir gütigst zur Veröffentlichung übergeben durch Herrn Professor EICHHORST, dem ich hier meinen besten Dank ausspreche für die Anregung zu dieser Arbeit und für die Überlassung des klinischen Materials; zugleich danke ich den Herren Dr. KAUFMANN, Dr. KREIS und besonders Dr. HEUSS in Zürich für die Freundlichkeit, mit der sie mir bei der Bearbeitung des Stoffes an die Hand gingen.

II.

Krankengeschichten.

1. Elise B., 49 Jahre alt, kam im Sommer 1888 zur klinischen Beobachtung.

Anamnese: Die Eltern der Patientin starben an Altersschwäche. Von fünf Geschwistern sind vier gesund, ein Bruder starb an Phthise. Die Patientin weifs nichts von einer der ihrigen ähnlichen Erkrankung in der Familie. Sie selbst war in ihrer Jugend von häufigen Krankheiten befallen: „Gehirnentzündung", Typhus, Morbillen, Pertussis. Schon im zwölften Jahre setzten die Menses ein und wiederholten sich fortan in regelmäfsigen Intervallen. Ende der siebziger Jahre folgte ein Genitalkatarrh; die Untersuchung ergab Knickung des Uterus. Seit ein paar Jahren leidet sie öfter an Brustkatarrh, ebenso an Diarrhöen, die mit Obstipation abwechseln. — Das jetzige Leiden leitet die Patientin her von einer Kaltwasserbehandlung, der sie sich vor etwa zehn Jahren unterzog. Danach trat eine symmetrische Entzündung der Fingernägel auf, die einer langen Behandlung mit Trinkkuren und Bädern widerstand. Nach ein paar Jahren folgte eine bedeutendere Entzündung (Panaritium) des linken Zeigefingers, die zur Exartikulation zwischen hinterer und mittlerer Phalanx führte. Während die Operationswunde rasch heilte, brachen an allen übrigen Fingern die Weichteile der Nagelglieder auf, die Nägel fielen aus. Spontanheilung trat ein, aber das Leiden wiederholte sich mehrere Male, und unterdessen bildete sich an den Fingern der gegenwärtige Zustand aus, der das Aufsuchen des Spitales veranlafste.

---

[3] *Annales de dermatol. et syphil.* 1893.
[4] *Thèse de Paris.* 1896.
[5] *Gazette médicale de Paris.* 1872.

Status vom 9. Juli 1888. Die Untersuchung der Patientin ergiebt mit Ausnahme der Veränderungen ihrer Hände ganz normale Verhältnisse. Der Ernährungszustand ist ein mäfsig guter; Puls 68, regelmäfsig; kein Fieber; an den Brust- und Bauchorganen ist nichts Abnormes zu finden, aufser einer leichten Schmerzhaftigkeit und Dämpfung in der Ileocoecalgegend. Die Beschwerden der Patientin sind Schlaflosigkeit, starke Schweifssekretion, grofses Schwächegefühl.

Lokalstatus: Während die Arme der Patientin sich ganz normal verhalten, zeigt sich an beiden Händen folgende Veränderung: die Farbe derselben ist normal, dagegen fühlt sich die ganze Haut kalt an; die Haut ist an den Fingern bretthart und auf ihrer Unterlage nicht verschieblich. Am linken Zeigefinger fehlen zwei Phalangen; die übrigen Finger sind sämtlich im vordersten Gelenk stark flektiert; die Interphalangealgelenke, sowie die Nagelphalangen sind leicht verdickt. — Die aktiven Bewegungen der Finger sind alle etwas beschränkt, die passiven sind in normaler Ausdehnung möglich, jedoch mit Überwindung eines deutlichen Widerstandes. — Die Sensibilität der Haut ist in allen ihren Qualitäten erhalten; in den Nagelgliedern werden oft heftige Schmerzen empfunden. — Das Handgelenk ist in seiner Bewegung ganz frei. — An den unteren Extremitäten finden sich keinerlei Veränderungen.

Während des nur wenige Tage dauernden Spitalaufenthaltes änderte sich das Bild insofern, als vorübergehend starke Cyanose und Unempfindlichkeit der Finger konstatiert wurde. — Die Patientin wurde mit warmen Umschlägen behandelt und verliefs am 13. Juli das Spital mit etwas gemilderten Beschwerden. Seither konnte nichts mehr von ihr in Erfahrung gebracht werden.

Epikrise: Es handelt sich um einen Fall von reiner Sklerodaktylie ohne Mitbeteiligung anderer Körperregionen. Als Ursache der Erkrankung wird eine Kaltwasserkur beschuldigt, in Übereinstimmung mit der Thatsache, dafs Kälteeinwirkung unzweifelhaft sehr oft die Veranlassung zur beginnenden Hautveränderung giebt. Arbeiten im Freien im Winter, feuchte kalte Wohnungen figurieren häufig in den Krankenberichten; in mehreren Fällen ist der Zusammenhang sehr auffallend. Schon Hencke[6] berichtete über einen Fall, wo ein Mädchen mehrere Stunden im nassen Grase schlief und sofort darauf Steifigkeit und Verhärtung der Finger bemerkte, die nicht wieder verschwanden.

Ein anderes oft genanntes ätiologisches Moment, frühere Infektionskrankheiten, fehlt in unserer Anamnese nicht. Allein als bedeutsam dürfen wohl weder der erwähnte Typhus, noch die Masern betrachtet werden, weil sie zeitlich zu sehr vom Ausbruche der Hautaffektion getrennt sind, und weil sie ferner Allgemeininfektionen sind; wichtiger scheint Erysipel zu sein, das so oft in den Berichten erwähnt wird, dafs, darauf gestützt, mehrere Autoren der Sklerodermie einen entzündlichen Charakter zusprechen.

Die Prodrome unseres Falles sind charakteristische: Entzündung und Ausfall der Nägel, Aufbrechen der Haut; häufiger allerdings als solche

[6] *Handbuch zur Erkennung u. Heilung d. Krankh.* 1809.

„trophische“ Störungen leiten sensible Erscheinungen, Schmerzen, Parästhesien die Affektion ein.

Im Status praesens zeigt sich unser Fall als typische Sklerodaktylie, wo die Haut sich im zweiten Stadium, dem der Induration, befindet. Weder ein Ödem (I. Stadium) noch eine Atrophie (III. Stadium) der Haut ist zu bemerken; diese ist vielmehr bretthart, unverschieblich, kalt anzufühlen, umzieht wie eine Narbe den Finger und erklärt den Namen „cicatrisierendes Hautsklerem“ von WERNICKE[7]. Die gewöhnlichen Folgeerscheinungen haben sich auch schon eingestellt: forcierte Flexionsstellung der Finger und aktive wie passive Bewegungsstörungen. Beide sind bei der Sklerodaktylie rein mechanisch bedingt durch die Spannung der Haut und nicht auf nervöse Reize oder Lähmungen zurückzuführen. In selteneren Fällen liegt ihre Ursache allerdings in Muskelveränderungen, die denen der Haut analog sind; so sah THIEBERGE[8] die Muskeln des Armes verkürzt und in sklerotische Stränge verwandelt, keiner Kontraktion mehr fähig, und BALL[9] konnte die Deformität der Finger durch Tenotomien heben. — Die Sensibilität ist in unserem Falle ganz normal; dies ist das gewöhnliche und sehr charakteristische Verhalten bei der Sklerodermie, die noch nicht zur Atrophie der Haut geführt hat, und dient zur Unterscheidung von der oft sehr ähnlichen Lepra anaesthetica. — Der Verlauf ist bei unserer Patientin ein sehr langsamer; vor 15 Jahren die ersten Symptome, und noch fehlen Atrophie der Haut oder Beteiligung der Muskeln und Knochen. Aus der kurzen Spitalbehandlung ist noch das Auftreten von Cyanose und vorübergehender Empfindungslosigkeit zu erwähnen: diese Angiospasmen sind von mehreren Autoren beschrieben worden und bilden den Grund dafür, dafs die Sklerodermie in Beziehung gebracht wurde zu der Affektion, deren Hauptsymptome sie darstellen: der RAYNAUDschen Krankheit. Besonders im Anfang der Erscheinungen sieht man öfters solche Angiospasmen, — darauf gestützt hat in letzter Zeit CHAUFFARD[10] die Ansicht geäufsert, dafs es nur eine Krankheit sei, welche mit derartigen Symptomen einsetze; dafs diese aber im weiteren Verlauf entweder zu symmetrischer Gangrän führe: RAYNAUDsche Krankheit, oder zur Verdickung und Atrophie der Haut: Sklerodermie.

2. Anna S., 29 Jahre alt, kam im Winter 1891 zur Beobachtung.

Die Patientin stammt aus einer Familie, in der nie eine ähnliche Affektion vorkam; ihre Eltern starben in hohem Alter; fünf Geschwister sind gesund; drei sind an unbekannter Krankheit gestorben. — Die Patientin machte in ihrer Jugend Masern und Scharlach durch; mit 30 Jahren Lungen- und Brustfellentzündung; 1882 befiel sie ein akuter Gelenkrheumatismus, der die Mehrzahl der grofsen Gelenke

[7] Dissertation von Jena. 1864.
[8] Jahresberichte VIRCHOW-HIRSCH. 1890.
[9] Loc. cit.
[10] *Verhandl. der Soc. médic. des hôpit.* Juni 1895.

ergriff, auf Salicylbehandlung rasch zurückging, aber 1890 recidivierte. — An ihren Fingern hatte die Kranke vor ca. 20 Jahren einen juckenden, bläschenbildenden Ausschlag. — Die jetzige Affektion datiert sie von ihrer Gelenkentzündung her; zwar war schon viele Jahre vorher, seit ihrer Lungenentzündung, die Haut sehr empfindlich, so dafs auf die leichteste Veranlassung Verletzungen eintraten, die jedesmal sehr langsam heilten. Aber erst vor neun Jahren wurde bemerkt, dafs an beiden Händen, mehr an der rechten, die Haut gespannt wurde und Steifigkeit der Finger sich einstellte; im Vorderarm traten öfters Schmerzen auf; in der Kälte schwollen die Hände stark an, in der Wärme prompt wieder ab. Öfters traten an den Fingergelenken vorübergehend starke Schwellungen auf; auf Druck sprang dann die Haut auf, und es entleerte sich ein Tropfen heller Flüssigkeit. — Langsam stellten sich nun auch die bleibenden Hautveränderungen und die abnormen Stellungen der Finger ein; da im Winter 1891 in den Händen starke Schmerzen auftraten, so dafs sich die Kranke gar nicht ins Freie hinauswagte, suchte sie ärztliche Behandlung auf.

Status vom 8. Dezember 1891. — Die Patientin klagt über Schmerzen, die, von den Händen ausgehend, in die Arme ausstrahlen und besonders bei Witterungswechsel, sowie bei grofser Kälte auftreten. Sie zeigt einen guten Ernährungszustand; kein Fieber; Puls 72. Am Halse eine ziemlich erhebliche median gelegene Struma mit einer pflaumengrofsen Cyste. Die Wirbelsäule und die Rippenbogen sind deutlich skoliotisch deformiert. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle verhalten sich normal. An der Haut des Rumpfes keine Veränderungen.

Lokalstatus: Das Gesicht der Patientin (siehe Abbildung I) hat einen starren Ausdruck, der bedingt ist durch die Veränderung der gesamten Gesichtshaut. Diese fühlt sich wie eingetrocknet an, ferner verdickt und dem unterliegenden Knochen dicht anliegend, über demselben jedoch überall noch etwas verschiebbar. Über den Wangen einige Gefäfsektasien; die abnorme Hautbeschaffenheit hat zur Folge, dafs die mimischen Bewegungen etwas beschränkt sind; insbesondere kann die Stirne nicht gefaltet werden; die Sensibilität ist überall normal.

Aufser dem Gesicht sind beide Hände ergriffen; die rechte zeigt die ausgesprochensten Veränderungen; die Haut ist hier wie lakiert, über den Fingern vom Knochen nicht abhebbar, bretthart; auf dem Dorsum manus läfst sie sich noch in leichte Falten legen; in der Vola ist sie nur etwas derber als normal. Über allen Fingern kleine Narben in grofser Zahl zerstreut. Die Hand ist etwas cyanotisch, besonders in der Kälte. — Stellung der Finger: der Daumen ist gestreckt, die anderen Finger sind flektiert, am stärksten der vierte. Die aktiven und passiven Bewegungen der Finger sind erheblich beschränkt, insbesondere sind die vordersten Gelenke ganz ankylotisch. — Die Nagelglieder aller Finger sind kolbenartig aufgetrieben und verkürzt; die Nägel selbst sind teilweise abgebröckelt oder mit querer Furchung versehen. Die Messung ergiebt, dafs der erste, zweite und dritte Finger im Verhältnis zur Norm verkürzt sind. Die Muskulatur der Hand und des Vorderarmes ist deutlich atrophisch; die Hautsensibilität ist zwar erhalten, jedoch gegenüber der linken Hand deutlich vermindert. — Die linke Hand zeigt dieselben Veränderungen wie die rechte, nur in etwas geringerem Grade. Die Stellung der Finger ist aus dem Bilde II ersichtlich: die Bewegungen sind etwas freier als rechts; die Sensibilität ist ganz normal; das Verhalten der Hand selbst ist dem an der rechten Hand analog.

Die Beobachtung im Spital dauerte nur zwei Tage, nach denen die Patientin, durch die Untersuchung und klinische Vorstellung sehr aufgeregt, ihre Entlassung verlangte. — Seither ist nach den Berichten ihrer Schwester der Zustand fast vollkommen stationär geblieben, dagegen scheint die Kranke geistig etwas alteriert, zum mindesten sehr nervös zu sein; sie wagt kaum mehr das Haus zu verlassen seit ihrer im ganzen

doch nicht sehr auffälligen Affektion, aus Furcht, von den Leuten beachtet und verfolgt zu werden. Von ihrer Krankheit darf überhaupt nicht mit ihr gesprochen werden, soll sie nicht in eine Aufregung geraten, die oft tagelang dauert.

Epikrise. Die ersten Erscheinungen des Falles stellten sich nach der Angabe der Patientin im Anschluſs an Pneumonie ein, nach der die Haut sehr empfindlich wurde, aufbrach und sehr langsam heilte: also trophische Störungen, die dann im Anschluſs an eine weitere Infektion, Rheumatismus acutus, in Sklerodermie übergehen, indem in der Folge einer solchen Spannung der Haut, Steifigkeit der Finger, Schwellungen eintreten. Der zeitliche Zusammenhang von Rheumatismus und Sklerodermie ist auch von andern gesehen worden, von SCHAPER[11], VERNEUIL[12]. Über einen Kausalnexus sprechen sich diese Autoren nicht aus; ein solcher wäre immerhin erklärlich; Polyarthritis ist ja auch verwandt mit einer anderen Hautkrankheit, der Purpura rheumatica, die wie die Sklerodermie auf einer Alteration der Hautgefäſse beruht.

Der Status praesens unseres Falles bedarf keiner Erläuterung; die Sklerose des Gesichtes hat in den starren Ausdruck geführt, den die Autoren als masken- und mumienartig beschrieben haben. Die Beteiligung der Hände ist auch hier wieder eine symmetrische und für Sklerodaktylie ganz charakteristische. Einzig die Sensibilität macht eine Ausnahme, indem sie, obwohl noch keine Atrophie der Haut besteht, doch an einer Hand deutlich herabgesetzt ist.

Bemerkenswert an dem Falle ist die starke Verkürzung der Finger, die auf Atrophie der Knochen beruht; ferner die Muskelatrophie am Arme; Muskelatrophien sind ziemlich häufig bei Sklerodermie: einmal schwinden oft die Muskeln unter der sklerosierten Haut durch den Druck der darüber angespannten Decke; dann sieht man häufig Inaktivitätsatrophie der betroffenen Glieder; es giebt aber auch eine primäre Atrophie, die Regionen betrifft, wo die Haut normal ist; BALL[13] hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, und seither sind die Mitteilungen darüber zahlreich geworden; der hierher gehörende Fall von THIEBERGE ist schon erwähnt worden. Diese Mitbeteiligung tieferer Gewebe ist so bezeichnend für die Sklerodaktylie, daſs z. B. BESNIER[14] diese als eigene Krankheit neben die gewöhnliche Sklerodermie stellt, wo nur die Haut erkrankt.

Von Bedeutung ist ferner die Struma unserer Patientin. In Ländern, wo Strumen seltener vorkommen als in der Schweiz, hat der gleichzeitige Befund derselben mit Sklerodermie die Aufmerksamkeit seit langem auf

---

[11] Gesellschaft der Charité-Ärzte. 1895.
[12] *Gazette hebdomad.* 1863.
[13] Loc. cit.
[14] Anmerkungen i. d. französ. Ausgabe von KAPOSIS *Lehrbuch d. Hautkrankh.*

sich gelenkt. EULENBURG[15] zuerst und neuerdings besonders SINGER[16] haben einen Kausalzusammenhang angenommen und stellen die Hautaffektion neben das Myxödem. Zum Beweise führen sie an: das Ödem, das bei beiden kein Stauungsödem ist, sondern sich durch seine Lokalisation und seine feste Konsistenz davon unterscheidet; dann die Parästhesien, das Kältegefühl, die Vermehrung des elektrischen Leitungswiderstandes, wobei interessant ist, dafs bei der BASEDOWschen Krankheit, in vieler Beziehung dem Gegenstück des Myxödem, der Widerstand vermindert ist; — andererseits finden sich wieder auffallend oft BASEDOW und Sklerodermie vereint, so dafs die Hypothese, es seien alle drei Affektionen Folge der Schilddrüsen-Veränderung, durch sehr viele Thatsachen gestützt wird. Bei uns ist der Kropf so häufig, dafs ein einziger Fall von Zusammentreffen mit Sklerodermie eher gegen als für eine Verwandtschaft beider spricht. Ein wertvoller Beweis der SINGERschen Theorie wäre der Erfolg einer Behandlung mit Thyreoidea; allein er ist bis jetzt ausgeblieben, und die neuere Litteratur bietet nur zwei Fälle von MARSH[17] und STIEGLITZ[18], die dabei geheilt wurden, dagegen viele andere, wo die Besserung ausblieb.

Noch eine Beobachtung an unserem Falle verdient hervorgehoben zu werden: die deutliche psychische Alteration der Patientin. Psychische und überhaupt nervöse Störungen haben von jeher die Ansichten über die Pathogenese der Sklerodermie geleitet; ein Grund dafür war ihre augenscheinliche Häufigkeit; LEWIN[19], der die diesbezüglichen Angaben zusammengestellt, erwähnt in 30 Fällen Hysterie und allgemeine Nervosität oder berichtet von einer rein nervösen Veranlassung (Schreck, psychische Überanstrengung) zum Ausbruch der Symptome. Dazu kommen eine grofse Zahl Erscheinungen im Verlaufe der Affektion: in unserem Falle hochgradige Aufgeregtheit, Schlaflosigkeit; bei CARSTENS[20] profuse Schweifssekretion bei psychischen Affekten; bei BEER[21] Ruminatio; bei HARLEY[22] nervöse Magen- und Herzstörungen; ROSSOLINO[23] macht auf allgemeine Degenerationszeichen aufmerksam und meint, wie bei den Degenerierten das Nervensystem, so könne auch die Haut in ihrer Entwickelung gehemmt sein und könne so leichter zu Sklerosierung disponiert werden. TSCHERBACK[24] erwähnt starkes Kopfweh, Herzklopfen, intermittierende

---

[15] *Dermatol. Zeitschrift.* 1894.
[16] *Berliner Klin. Wochenschr.* 1895.
[17] *Medic. News.* 1895.
[18] *New York med. Journ.* 1895.
[19] *Die Sklerodermie.* Berlin 1895.
[20] *Jahrbuch für Kinderheilkunde.* 1893.
[21] *Wiener med. Wochenschrift.* 1895.
[22] *Brit. med. Journ.* 1877.
[23] *Russkaja Medicina.* 1891. Ref. in VIRCHOW-HIRSCH.
[24] Jahresberichte von VIRCHOW-HIRSCH. 1894.

Amaurose. EULENBURG[25] erinnert, dafs die Sklerodermie, indem sie den elektrischen Leitungswiderstand vermehrt, sich in Gesellschaft anderer Nervenkrankheiten befindet: Hysterie, Paralyse und postepileptischer Zustand, Melancholie. Öfters wurde halbseitige Gesichtsatrophie gesehen und sehr häufig eine auffällige Verteilung der erkrankten Hautbezirke: entweder streng halbseitig oder aber dem Ausbreitungsgebiet einzelnen Hautnerven entsprechend. Alle diese Thatsachen stützen die lange Zeit einzig anerkannte Ansicht, dafs die Sklerodermie eine rein trophische Störung sei, eine Ansicht, welche auch durch die in neuerer Zeit gewonnenen pathologisch-anatomischen Resultate nur zum Teil entkräftet ist.

3. Barbara Sch., 52 Jahre alt, gelangte zu wiederholten Malen zur Untersuchung.

Anamnese: Die Eltern der Patientin starben an Altersschwäche; drei Geschwister sind gesund; eine Schwester starb an Lungentuberkulose, ein Bruder ist aus unbekannter Ursache gelähmt. — Eine Hautkrankheit kam in der Familie nicht vor; der Vater litt dagegen an vasomotorischen Störungen: oft ohne Veranlassung, oft in psychischer Aufregung zeigte er starke Rötung des Gesichtes, des Halses, der Brust, und starkes subjektives Hitzegefühl, „so dafs er zu verbrennen glaubte". — Mit zehn Jahren hatte die Patientin Scharlach, dann längere Zeit Halsentzündungen; mit 18 Jahren traten die Menses auf, in normaler Weise. Mit 28 Jahren verheiratete sie sich und machte im Jahre darauf eine Zangengeburt durch. Seit 1890 ist sie nicht mehr menstruiert. — Das Leiden, das sie herführt, begann in jenem strengen Winter 1879/80, wo die Patientin viel in kaltem Wasser waschen mufste; danach trat an der rechten Hand eine Anschwellung und grofse Schmerzhaftigkeit, besonders in der Kälte auf; so konnte die Frau eine Thürklinke nur noch mit der Schürze anfassen. Die Finger waren blafs und es wurde darin Kriebeln verspürt. In der Wärme hörten die Schmerzen und die Blässe auf. Eine plötzliche Verschlimmerung trat ein, als sich die Kranke einmal bei sehr kaltem Wetter die Finger erfror; diese wurden nun nie mehr ganz normal, sondern langsam stellte sich eine deutliche Verhärtung der Haut und eine kolbige Auftreibung der Nagelphalanx ein, ferner begannen Verkrümmungen der Finger sich zu zeigen. Nachdem dieser Zustand sich durch ein paar Jahre stetig verschlimmert, traten auch am Gesicht analoge Veränderungen auf: zuerst Kriebeln, Schmerzen, Gefühl von Spannung und Steifigkeit, dann Verdickung der Haut. Im Jahre 1886 trat ein juckender, nässender Ausschlag an Gesicht und Händen auf, der in vier Wochen heilte. — Von ihren Leiden suchte die Patientin in Rheinfelden und in Pfäfers umsonst Heilung; starke Schwellung am Fufs, welche das Gehen behindert, veranlafst sie, das Spital aufzusuchen.

Status vom 12. Dezember 1889. — Der Allgemeinstatus ergiebt normale Verhältnisse, sowohl was das Gesamtbefinden, als was das Verhalten der inneren Organe anbetrifft; die Klagen der Patientin sind Schmerzen in den afficierten Hautpartien, infolgedessen Gehstörung und Schlaflosigkeit.

Lokalstatus: Die Haut des Gesichtes ist trocken, glänzend, etwas gerötet und fühlt sich kühl an; sie läfst sich weder aktiv, noch passiv falten, bei Berührung fällt die lederartige Konsistenz und die Spannung auf, mit der sie über ihre Unterlage wegzieht. Infolge dieser Spannung können die Lider nicht umgeschlagen, kann der Mund nicht weit geöffnet werden; der Nasenrücken erscheint durch eine quer über ihn verlaufende stramme Hautpartie eingedrückt; dagegen ist die Haut

[25] *Neurol. Centralblatt.* 1892.

des ganzen Gesichtes auf der Unterlage noch etwas verschieblich. Die Mundschleimhaut ist normal, die Ohren dagegen sind sehr stark ergriffen; sie sehen wie ausgetrocknet aus, fühlen sich kalt an und ihre Haut sitzt fest dem Knorpel auf. Die Sensibilität des Gesichtes ist ganz normal. — Am Halse finden sich weder Struma, noch Halsdrüsen; die Haut ist normal, gleichwie am ganzen Rumpfe.

An den oberen Extremitäten, von denen die rechte etwas stärker befallen ist als die linke, beginnen die Veränderungen schon am Oberarm; auf dessen hinterer Seite findet sich ein Streifen verdickter Haut, der nach unten deutlicher und breiter wird, über das Olecranon wegzieht und, am Unterarm immer ausgeprägter werdend, bis zum Handgelenk geht. Am ganzen Vorderarm findet sich ferner eine diffuse braune Verfärbung, und darin eingelagert sieht man zahlreiche kleine rote Flecken, die auf Druck verschwinden; auch weifse Flecken liegen dazwischen, so dafs die Haut ein gesprenkeltes Aussehen erhält. Mit Ausnahme einer kleinen Fläche am Olecranon ist die Haut überall auf der Unterlage verschiebbar. Auf dem Dorsum manus sind bräunlich pigmentierte Stellen, die Haut ist dort trocken, glänzend und dünn und läfst sich leicht verschieben. In der Vola manus finden sich keine Veränderungen. Die Bewegungen des Handgelenkes sind in allen Richtungen beschränkt. — Die Haut der Finger (vergl. Bild III) ist bretthart, umgiebt eng anschliefsend die Knochen, fühlt sich ganz kalt an; die Farbe geht ins Blaurote. Die Nagelglieder sind kolbenartig verbreitert und verkürzt, die Nägel selber stark verdickt und quer gefurcht. Die Stellung der Finger ist aus dem Bilde ersichtlich; aktive Bewegungen werden nicht gemacht, passive sind in beschränktem Mafse möglich, aber schmerzhaft. Die Sensibilität ist an den Fingerkuppen stark und auf dem Dorsum manus noch deutlich herabgesetzt. Alle diese Veränderungen sind beidseitig, jedoch rechts im ganzen etwas deutlicher ausgesprochen als links.

Auch an den unteren Extremitäten sind die Veränderungen symmetrisch; sie beginnen an der Haut der vorderen Tibiakante, die glänzend und schwer verschiebbar ist; unter der linken Patella findet sich ein fünffrankenstückgrofser, pigmentierter Fleck; über dem rechten Malleolus internus eine schmerzhaft gerötete und geschwollene Stelle. An der Haut des Fufses und der Zehen sind keine Veränderungen zu erblicken, nur die Nägel sind auffallend dick. Bewegungen und Sensibilität der ganzen Extremität sind normal.

Vom Dezember 1889 bis Mai 1890 blieb die Patientin im Spital und wurde zuerst mit Bädern und Jodkalium, dann mit Salicyl behandelt, mit wenig Erfolg; nur die Haut über dem Handrücken schien weniger gespannt, und der Oberarm wurde wieder normal befunden. Der Zustand der Finger blieb derselbe.

Im November 1893 trat sie von neuem in das Spital. Die Untersuchung ergab, dafs die Krankheit seit drei Jahren langsame Fortschritte gemacht hatte. Im Gesicht finden sich jetzt mehrere verschiebliche Partien; die Vola manus ist ins erkrankte Gebiet einbezogen, indem an ihren Rändern wenigstens die Haut fest auf der Unterlage aufsitzt. Ferner zeigen auch die Zehen eine Bedeckung mit dünner glänzender Haut, und über dem linken Calcaneus findet sich ein oberflächliches Ulcus, das der Patientin starke Beschwerden macht und Grund ihres Eintritts in die Anstalt ist. Das Geschwür wird mit Aqua plumbi behandelt und gebessert, und nach einer Woche wird die Kranke wieder entlassen.

Unfähig zu häuslichen Verrichtungen, hielt sie sich nun zwei Jahre in einem Asyl auf, wo wiederholt im Gesicht, an den Händen und weniger stark auch am Rumpf ein bläschenförmiger Ausschlag ausbrach, der jeweilen nach etwa einem Monat wieder heilte.

Im April 1896 ergiebt eine dritte Untersuchung folgenden Befund: die Patientin macht einen sehr leidenden Eindruck, Muskulatur und Fettpolster sind spärlich, der

Appetit ist recht befriedigend, Herz und Lunge arbeiten normal; die Kranke klagt über zunehmende Unbrauchbarkeit ihrer Finger, ferner über starke Schmerzen, die sich einstellen, sobald die Haut der Kälte ausgesetzt wird.

Die Gesichtshaut zeigt sich gegenüber dem früherem Befunde deutlich stärker afficiert; sie ist überall kühl anzufühlen und unbeweglich auf dem Nasenrücken, dem Kinn, dem Wangenbein; Mund und Lider werden nur mangelhaft geöffnet, der Finger kann nicht zwischen Oberkiefer und die gespannt darüber verlaufende Lippe eingeführt werden. Die mimischen Bewegungen sind fast ganz aufgehoben; die Ohren sind sehr stark ergriffen, der behaarte Kopf ist in seiner Peripherie normal, gegen das Centrum zu ist die Haut dagegen immer viel weniger und auf der Höhe des Scheitels gar nicht mehr verschieblich. Die Haare sind in Menge und Farbe dem Alter der Patientin entsprechend. — Am Hals und Rumpf ist die Haut ganz normal. — Die Extremitäten sind, kleine graduelle Unterschiede ausgenommen, beiderseits in gleicher Weise befallen; am Oberarm findet sich keine objektive Veränderung, dagegen wird eine deutliche Hyperästhesie konstatiert, indem schon beim leisen Kneifen der Haut ein heftiger Schmerz empfunden wird; Stechen mit der Nadel ist dagegen nicht abnorm schmerzhaft. — Die Bewegungen im Ellenbogengelenk sind normal. Am Vorderarm beschränken sich die Veränderungen auf die früher beschriebene Zone über der hinteren Fläche, wo jetzt die Haut der Kante der Ulna entlang adhärent ist; keine Sensibilitätsstörung, insbesondere keine Hyperästhesie am Vorderarm. Die früher konstatierte braune Verfärbung des Unterarmes, sowie die auf diesem zerstreuten weifsen Flecke sind verschwunden, die roten Flecke dagegen bestehen noch, verschwinden auf Druck und werden bei der Wärme deutlicher. Die Bewegungen im Handgelenk sind alle stark beschränkt.

Auf dem Dorsum manus ist die Haut jetzt atrophisch, dünn, glänzend, trocken in feine Falten zu erheben. In der Vola ist sie verdickt und am Rande unverschieblich. Die Finger zeigten schon früher den höchsten Grad der Veränderung und bieten noch dasselbe Bild dar. Ihre Haut ist ganz atrophisch und unverschieblich; darauf zerstreut viele kleine Narben, von früheren Ulcerationen herrührend. Die Hautapparate, Drüsen und Haare sind geschwunden, daher ist die Haut ganz glatt und stets trocken. Die Finger sind sehr schmächtig und die Nagelglieder sind kolbenartig verdickt. Die Nägel bieten denselben Anblick wie früher; die Sensibilität ist deutlich abgeschwächt auf den Endphalangen; bei Kälte treten in den Fingern starke Schmerzen auf, Parästhesien wie früher bestehen keine mehr. Dagegen springt die Haut immer noch gerne auf und die entstandenen Rhagaden heilen sehr langsam. — In der Stellung der Finger zeigt sich eine viel stärkere Deformation; die ersten drei Finger sind mäfsig gebeugt, der vierte und fünfte dagegen in allen Gelenken stark flektiert und in die Hohlhand eingeschlagen. Aktive und passive Bewegungen derselben sind fast ganz unmöglich.

Am Oberschenkel keinerlei Veränderungen. Am Unterschenkel ist über den Malleolen die Haut adhärent, am Fufse wieder beweglich und ebenso an den Zehen; hier ist nur die untere Fläche des vordersten Gliedes verhärtet, verhornt, und geht vorne direkt in den abwärts gekrümmten Nagel über. Die Stellung der Füfse und Zehen ist die normale und ihre Beweglichkeit ist frei. Am linken Knie bemerkt man noch die frühere Pigmentation. Über den Malleolen ist die adhärente Haut gerötet und schmerzhaft; unter dem linken Malleolus internus zeigt sich ein frankenstückgrofses Geschwür vom Aussehen eines gewöhnlichen Ulcus cruris. — Die Füfse fühlen sich kalt an, obschon die Patientin im Bette liegt und über Hitzegefühl in denselben klagt; die Sensibilität ist mit Ausnahme der verhärteten Partien der Zehen überall erhalten. Keine Ödeme.

Epikrise. In unserem dritten Falle hat die Sklerodermie wie bei den beiden ersten eine Frau im mittleren Lebensalter befallen, und dieses Zusammentreffen ist kein zufälliges; nach LEWIN[26] betreffen 67% aller Fälle Frauen, und wenn auch Mitteilungen vorliegen, nach denen die Veränderungen in den ersten Lebenswochen oder erst im Greisenalter auftraten, so ist doch das mittlere Alter die gewöhnliche Zeit der Erkrankung.

Als Veranlassung zum Ausbruch der Affektion wird wiederum sehr präcis Erkältung angegeben, und diese wird auch für eine Exacerbation im Verlaufe mit Auftreten der schwereren Symptome: Verkrümmung der Finger u. s. w. verantwortlich gemacht. Aus der Familienanamnese sind erwähnenswert die vasomotorischen Störungen des Vaters, welche den im zweiten Falle erwähnten nervösen Symptomen bei Sklerodermie angereiht zu werden verdienen.

Unser Fall darf noch zur Sklerodaktylie gerechnet werden, indem zwar das Gesicht und die Arme, aber doch in hervorragendem Maſse die Hände ergriffen sind. Bemerkenswert ist die Ausbreitung der Veränderungen in langen Bändern am Arm und am Unterschenkel; man hat diese Form als „sclérodermie en bandes“ beschrieben und sie ebenso wie die „sclérodermie en plaques“ der diffusen Form gegenübergestellt. Diese Unterscheidung hat dadurch eine groſse Bedeutung gewonnen, daſs jene cirkumskripte Form vielfach als besondere Affektion angesehen wird; die Sclérodermie en plaques der Franzosen wird von den Engländern nach dem Vorgang WILSONS[27] als Morphoea beschrieben und der Lepra zugerechnet. Als besonders charakteristisch wird dabei der „lilac ring“ hervorgehoben, welcher die Plaques umgiebt und gesundes vom kranken Gewebe trennt. — Auf dem Kontinent ist man dieser Ansicht nicht gefolgt; BESNIER[28] rechnet die Morphoea zur Sklerodermie, von deren anderen Formen sie sich nur durch ihren gewöhnlichen Ausgang in Heilung unterscheide. EULENBURG[29] ist derselben Meinung und möchte höchstens bei den Fällen, wo die Plaques insensibel sind, die Frage nach der Zugehörigkeit der Lepra maculosa offen lassen. Am entschiedensten hat WOLTERS[30] die englische Ansicht bekämpft, indem er zugleich Fälle von diffuser und von cirkumskripter Affektion untersuchte und dabei ganz dieselben Veränderungen entdeckte, ferner in den Plaques keine Leprabacillen fand.

An der Patientin ist das Stadium der Induration und das der Atrophie

---

[26] Loc. cit.
[27] *Journ. Cent. Medic.* 1869.
[28] Loc. cit.
[29] *Deutsche medicin. Wochenschr.* 1894.
[30] *Archiv für Dermatologie.* 1892.

der Haut zugleich repräsentiert, letzteres besonders auf den Handrücken; im Gesicht besteht der Zustand der „Sklerostomie“: Verhärtung der Lippen, welche das Öffnen des Mundes behindert. Eine seltene Lokalisation ist der behaarte Kopf, der nach LEWIN nur in 13 Fällen ergriffen war; von der viel häufigeren Alopecie oder von Pigmentanomalien der Haare ist auffallenderweise nichts zu sehen. Pigmentationen anderer Stellen fehlen dagegen nicht; am Arm ist die Haut eigentlich getigert, was auch COLIEZ[31] sah. Starke braune Pigmentation ist überhaupt bei Sklerodermie nicht selten und hat zur Annahme einer Verwandtschaft der Affektion mit der ADDISONschen Krankheit geführt, was durch mehrmals beobachtetes Zusammentreffen beider (FAGGE[32], ROSSBACH[33]) scheinbar bestätigt wurde; eine anderweitige Bestärkung hat diese Hypothese allerdings nicht erfahren. — Das Fehlen der Schweifssekretion infolge Schwindens der Hautapparate ist die gewöhnliche Angabe der Patienten, deren Haut in Atrophie übergegangen ist; die daraus resultierende Trockenheit der Epidermis wurde als Ursache für die schon erwähnte Erhöhung des elektrischen Widerstandes der sklerosierten Haut angesehen, bis EULENBURG[34] an mehreren Fällen vermehrtes Schwitzen und Widerstandsvermehrung zugleich nachwies. — Ein auffallendes Verhalten zeigt in unserem Falle die Sensibilität. An den atrophischen Hautpartien ist sie herabgesetzt, was öfters beobachtet wird; am Oberarm aber besteht an einer sonst nicht veränderten Stelle eine deutliche Hyperästhesie, ein ganz ungewöhnlicher Befund.

Der Verlauf der Erkrankung ist in unserem Falle der typische. Beginnend an den Fingern, greift diese auf das Gesicht, dann auf die Füfse über und führt zu den direkten und indirekten Folgeerscheinungen, Starre der Glieder, Atrophie der Knochen, Ulcerationen, Neigung zu Ectropion, Sklerostomie. Endlich verschlimmert sich das Allgemeinbefinden; die Empfindlichkeit der Haut zwingt die Kranke zu stetem Aufenthalt im warmen Zimmer, die Geschwüre nötigen zur Bettlage. Solche indirekte Folgen sind es zumeist, welche die schlechte Prognose der Sklerodermie quoad vitam bedingen. — Unser Fall bietet aber auch Beispiele für partielle Besserungen der erkrankten Haut: am Oberarm und Unterschenkel sind deutliche Veränderungen zurückgegangen.

Die Therapie der Sklerodermie ist von zwei Seiten versucht worden; entweder fafste man die Krankheit als eine nervöse auf und wandte Massage und Elektricität an; besonders der Sympathicus wurde häufig elektrisch behandelt und MÜLLER[35] sah davon zwei Heilungen. Oder aber

---

[31] *Thèse.* Paris. 1873.
[32] *Transact. pathol. societ.* 1871.
[33] *Virchows Archiv.* 1870.
[34] *Deutsch. medic. Wochenschr.* 1894.
[35] *Neurol. Centralblatt.* 1892.

man legte das Hauptgewicht auf die Hautveränderungen, verordnete Bäder, gab Salicyl, Naphtol in Salbenform. UNNA gebraucht Salicyl, weil dieses bei Rhinosklerom gute Dienste leistet. Auch die oberflächliche Elektrisation wurde versucht, so von BROCQ[36], der den konstanten Strom möglichst parallel der Haut passieren läfst, damit die Heilwirkung sich auf diese konzentriere; LIEBREICH hat seine Kanthariden empfohlen, weil er sie bei Lepra gut wirken sah. In neuerer Zeit ist wiederholt die Schilddrüse als Medikament benutzt worden, mit nicht sehr ermutigendem Erfolg. Bei unserem Falle waren Badekuren in Pfäfers, Rheinfelden, Anwendung von Salicyl und Jodkalium innerlich nutzlos.

III.

Dafs die rein dermatologische Therapie der Sklerodermie nicht sehr befriedigende Resultate giebt, erklärt sich, wenn die Affektion, wie die neueren Untersuchungen es darzuthun scheinen, nur eine Teilerscheinung, nur die Hautlokalisation einer Allgemeinerkrankung ist. Diese Ansicht baut sich auf die pathologisch-anatomische Forschung, deren Ergebnisse in den letzten Jahren ebenso präcise geworden sind, als sie früher widersprechend und zweifelhaft waren. Aus dem Bestreben der früheren Untersucher, ihre Einzelresultate zu generalisieren und darauf eine eigene Theorie zu bauen, ist nicht zum mindesten die lange dauernde Unklarheit über die Pathologie der Sklerodermie entstanden.

Zunächst richtete sich die Aufmerksamkeit der Anatomen natürlich auf das Nervensystem, und einzelne Befunde schienen dies zu rechtfertigen. WESTPHAL[37] fand Sklerose in einzelnen Gehirnwindungen; SCHULZE[38] fand Atrophie der grauen Vorderhörner und erklärte durch sie die Muskelatrophie und die trophischen Störungen; HARLEY[39] sah den Nervus sympathicus in schwieliges Gewebe eingebettet und baute darauf eine Theorie, der z. B. auch SCIAMARA[40] folgt, indem er die Sklerodermie zu den Sympathicuserkrankungen rechnet. BABES[41] und VAN DER VELDE[42] fanden die peripheren Nerven in verdickter, bindegewebiger Scheide, und da in vielen Fällen die Ausbreitung der Affektion einem bestimmten Nervengebiet entsprach, schlossen sie auf eine periphere Nervenerkrankung. — Andere Beobachter gingen vom Ödem aus und betrachteten die Affektion als Lymphstase — auch KAPOSI[43] teilte früher diese Meinung — und ein

---

[36] *Bulletin franc. de dermatol.* 1892.
[37] *Charité-Annalen.* 1876.
[38] *Neurolog. Centralblatt.* 1889.
[39] *British med. Journ.* 1877.
[40] *Pathologia e Terapia del gran Simpatico.* Mailand. 1894.
[41] Citiert in: KAPOSI, Hautkrankheiten in der *Eulenburg*schen *Encyclopädie.*
[42] *Annales de dermatol. et syphiligraphie.* 1894.
[43] *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1876.

Sektionsbefund von Heller[44], Verlegung des Ductus thoracicus, kam ihnen sehr gelegen; die Beobachtung ist jedoch vereinzelt geblieben, und Kaposi selber[45] machte neuerdings darauf aufmerksam, dafs die Ausbreitungsbezirke der Sklerodermie nicht den Lymphbahnen entsprechen, und dafs übrigens Lymphstase ganz etwas anderes hervorbringe: Elephantiasis, welche nicht zu Hautatrophie führt und das unterliegende Gewebe normal läfst. — Auch ferner liegende Ursachen wurden herbeigezogen; so fand Eichhoff[46] Favus der Nägel mit Sklerodaktylie vereint und wollte den Fall so gedeutet wissen, dafs der Parasit durch seinen Reiz zu trophischen Störungen führe.

Gegenüber diesen vereinzelten Befunden hat zuerst Dinkler[47] auf die Veränderungen an den Gefäfsen aufmerksam gemacht, und seine Beobachtungen sind besonders von Hoffa[48] und Wolters[49] bestätigt worden. Keiner dieser Autoren hat am Nervensystem etwas Abnormes gesehen, in der Haut dagegen haben sie sehr charakteristische Veränderungen gefunden. Die Epidermis ist verschmälert, die Papillen sind flacher, das Corium ist etwas verdickt und mit sehr festen, bindegewebigen Balken, sowie mit stark vermehrten und auch vergröfserten elastischen Fasern ausgefüllt; das Pigment des Corium ist vermehrt. Die Drüsen, soweit sie vorhanden, sind besonders in den Ausführungsgängen etwas kleinzellig infiltriert; die kleinen Hautnerven sind ganz normal, an den gröfseren ist das umgebende Bindegewebe ein wenig verdickt. Die Kapillaren sind an Zahl sehr gering; ihr Lumen ist etwas verkleinert. An den Arterien ist die Adventitia fast ganz geschwunden, die Media, besonders aber die Intima, ist stark verdickt durch zellreiches Bindegewebe. Dadurch wird das Lumen sehr verengt, oft ganz aufgehoben. Es ist also eine End- und Mesarteriitis obliterans zu konstatieren. Die Venen zeigen in geringerem Mafse dieselben Verhältnisse. — Wolters[50] hat ferner die Veränderungen der Knochen, welche besonders bei der Sklerodaktylie atrophieren, genau studiert; er fand das Periost als ein fibröses Gewebe, das direkt in eine starke Schicht von Osteoklasten übergeht; diesen ist die Compacta des Knochens zum Opfer gefallen und fehlt, und die Osteoklasten, sowie das Bindegewebe gehen direkt auf die Spongiosa über, zum Teil sogar in diese hinein. Dadurch sieht der Knochen wie angenagt aus. Die Gefäfse des Knochens zeigen genau dieselben Veränderungen wie die Hautgefäfse. — Die Analogie der histologischen Verhältnisse in

---

[44] *Deut. Archiv f. klin. Medicin.* 1872.
[45] *Wien. med. Blätter.* 1891.
[46] *Archiv f. Dermatol.* 1890.
[47] *Deut. Archiv. f. klin. Medicin.* 1891.
[48] *München. med. Wochenschr.*
[49] *Archiv f. Dermatol.* 1892.
[50] *Archiv für Dermat. u. Syphilis.* 1895.

Haut und Knochen ist auffallend; beiderorts abnorme Proliferation des Bindegewebes und Verengerung der Gefäfse infolge der Wandverdickung.

Durch diese Analogie wird auch eine einfache Erklärung vom Wesen der Sklerodermie erleichtert; diese erscheint nicht mehr als ausschliefsliche Erkrankung der Haut mit verschiedenen Komplikationen vonseiten tieferer Gewebe, sondern als Allgemeinerkrankung, und sie kann aus dem Gebiet der Trophoneurosen herausgenommen und unter die bekannten Affektionen anderer Organe gereiht werden, die als interstitielle Entzündungen bezeichnet werden. Denn eine interstitielle Entzündung, eine Cirrhose, oder eine Fibromatose, wie PERLES es nannte, stellen die anatomischen Läsionen dar, analog den Prozessen in der Leber, der Niere, dem Herzen. Die Veränderungen, welche früher besonders geneigt machten, Schädigungen trophischer Bahnen anzunehmen, die Ulcerationen, die seltenere Gangrän, werden nach diesen Ergebnissen leicht durch die Gefäfsobliteration erklärt. Die Verbreitung der Erkrankung in länglichen Bezirken wird durch eine Gefäfserkrankung ebensogut erklärt, wie durch eine Nervenaffektion, indem die Ausbreitungsbezirke beider Systeme sich meist decken. Die Aufeinanderfolge eines Stadium elevatum und eines Stadium atrophicum ist auch bedingt durch den cirrhotischen Prozefs, wo das zuerst sehr kernreiche gewucherte Bindegewebe langsam schrumpft.

Einige Autoren, so KAPOSI[51], LASSAR[52] stimmen mit dieser Auffassung, bei deren Ausführung wir im wesentlichen WOLTERS folgen, nicht ganz überein, indem sie dem Prozefs einen eigentlich entzündlichen Charakter beilegen. Dafür spricht ihnen der Zellenreichtum der verdickten Gefäfswände, ferner das Auftreten der Affektion nach Erysipel etc. — Abgesehen jedoch davon, dafs der klinische Verlauf der Sklerodermie gar keinen entzündlichen Typus im gewöhnlichen Sinne zeigt, läfst sich der Kernreichtum der Gewebe sehr wohl mit der Annahme einer Cirrhose vereinbaren, ferner ist doch nur relativ selten Erysipel der Affektion vorausgegangen; endlich finden bei dieser Theorie die Fälle, welche plötzlich nach rein nervöser Veranlassung auftreten, keine Erklärung.

Noch bleibt die Schlufsfrage in der Pathogenese der Sklerodermie zu entscheiden übrig: woher stammen die soeben beschriebenen anatomischen Läsionen? und hierüber sind allerdings mehr als Hypothesen bisher noch nicht ausgesprochen worden. — HOFFA[53] legt das Hauptgewicht auf die Erkältung der Haut; allein diese Erklärung, die eigentlich keine ist, kann höchstens für die Fälle in Betracht kommen, wo in der Anamnese von Erkältung die Rede ist; für die anderen und für die besonders, wo die Erscheinungen plötzlich und ohne nachweisbare Ursache auftreten, kann

[51] *In Eulenburgs Encyclopädie.* 1889.
[52] *Deut. med. Wochenschrift.* 1894.
[53] *München. med. Wochenschrift.* 1892.

die Annahme eines nervösen Einflusses nicht entbehrt werden. Über die Art dieses Einflusses wissen wir aber vorzüglich deshalb nichts, weil die feinen Gefäfsnerven, welche wahrscheinlich die Leiter desselben darstellen, noch sehr wenig untersucht sind. — LEWIN[54] verlegt den Sitz der primären Schädigung ins vasomotorische Centrum; wird dieses irgendwie geschädigt, so erweitern sich die Hautgefäfse, die Cirkulation verlangsamt, die Gefäfswand wird alteriert und läfst Serum durchtreten; durch das so entstehende Ödem wird das Bindegewebe besser ernährt und hypertrophiert (stad. elevat.). Dadurch werden nun aber die Gefäfse wiederum komprimiert, die Gefäfswand leidet, und es stellt sich die Arteriitis obliterans ein, in ihrem Gefolge jetzt schlechtere Ernährung und Atrophie des Bindegewebes. — Diese Hypothese, obschon sie über die Endursache der Veränderungen auch keinen Aufschlufs giebt, erklärt doch in geschickter Weise die Aufeinanderfolge der verschiedenen Phasen der Krankheit.

Was die Sklerodaktylie betrifft, von der unsere Besprechung ausging, so ist es nach den histologischen Befunden klar, weshalb sie die hartnäckigste und tiefgreifendste Form der Sklerodermie ist; die peripheren Teile der Extremitäten sind am weitesten vom Herzen entfernt, und eine Schädigung der Gefäfse wird hier von den übelsten Folgen begleitet sein.

IV.

Unsere drei Fälle boten Gelegenheit, die Sklerodermie in allen Hauptpunkten zu besprechen, und es wäre überflüssig gewesen, noch andere Krankengeschichten aus der Litteratur zu dem Zwecke herbeizuziehen, um so mehr, als zu wiederholten Malen in gröfseren Arbeiten sämtliche publizierten Fälle im Auszug mitgeteilt worden sind. Das letzte Mal geschah dies in der schon mehrmals erwähnten Monographie von LEWIN und HELLER, wo alle bis 1895 bekannten Fälle zusammengestellt sind. Seither und bis zum Sommer 1896 sind jedoch unseres Wissens wieder über 20 neue Beobachtungen zur Veröffentlichung gelangt, die hier noch kurz erwähnt werden sollen.

Die französischen Autoren, die von jeher einen Hauptteil des Materials beigebracht haben, sind darunter wieder mit einer gröfseren Anzahl von Fällen vertreten. BROCQ[55] zeigte in der Société de dermatologie et syphiligraphie eine mit ausgedehnter Muskelatrophie komplizierte Sklerodermie; in derselben Sitzung besprach TENNESON[56] eine Erkrankung, wo diffuse und circumskripte Form zugleich gesehen wurden. DESPAGNET[57] stellte als sclérodermie palpébrale einen Patienten vor, der nur an den

---

[54] Loc. cit.
[55] *Bulletin de la soc. d. dermat. et syph.* 1895.
[56] id.
[57] *Mercredi médical.* 1895.

Lidern blaue Verfärbung und Verdickung zeigte, mit Ausfallen der Cilien. Graue Salbe und Elektrizität besserten den Zustand wesentlich. JEANSELME[58] sah in seinem Falle lokale Asphyxie, Struma, Exophthalmus und vorübergehend Tachykardie; er neigt zur Annahme eines Kausalzusammenhanges dieser Basedow-Symptome mit der Hauterkrankung. CHAUFFARD[59] sah, wie schon erwähnt, die Erkrankung mit lokaler Anämie und Insensibilität beginnen; sein Patient litt ferner an Zungenatrophie. — Aus England und Amerika kommen mehrere Mitteilungen. FOX[60] sah die erkrankte Hautpartie ziemlich genau dem Gebiet des Nervus saphenus entsprechen. BRONSON[61] brachte eine Patientin mit Massage und Jodkalium zur Besserung. MARSH[62] sah Sklerodermie bei einem zweijährigen Kinde nach Diphtherie auftreten und heilte die Veränderungen mit Schilddrüse. Denselben therapeutischen Erfolg hatte STIEGLITZ[63], PISKO[64], dagegen wendete bei einem 17jährigen Knaben dasselbe Medikament vergeblich an. Endlich hat HERRINGHAM[65] einen Fall beschrieben, der kein besonderes Interesse bietet.

Zwei italienische Autoren figurieren in unserer Zusammenstellung. RESPIGHI[66] beschreibt „un caso di scleroderma a piccole placche simmetriche", der durch den Titel genügend charakterisiert ist; die Plaques waren nur stecknadelknopfgroſs und in groſser Zahl über den Rumpf verbreitet. Ferner hat ARCHANGELI[67] drei neue Fälle veröffentlicht.

In Deutschland hatte PHILIPPSON[68] bei einem Patienten guten Erfolg mit Salicylbehandlung, und zwei neue Fälle stammen von WOLTERS.[69] In einem zeigten sich zuerst angiospastische Symptome; Thyreoidea und Kantharidin halfen nicht; der andere war eine Sklerodaktylie der Zehen mit starken Knochenveränderungen.

Aus Wien stammen eine gröſsere Anzahl neuer Beobachtungen. BEER[70] sah bei einem Patienten auffällige nervöse Symptome, so Rumination; ferner sah er einmal die Veränderungen nach dem langen Tragen eines Druckverbandes einsetzen. — Zwei weitere Fälle haben noch besonderes Interesse; der eine zeigte Exophthalmus und Tachykardie; der andere eine stark atrophische Schilddrüse, die vorher

---

[58] *Mercredi médical.* 1895.
[59] Soc. médicale des hôpitaux *Semaine médicale.* 1895.
[60] London. dermat. Gesellschaft. *Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1895.
[61] New York. dermat. society. 1895.
[62] *Medical News.* 1895.
[63] Loc. cit.
[64] *New-York. Medic. Monatshefte.* 1894.
[65] *Clin. soc. transact.* 1895.
[66] *Giorn. ital. delle Malat. vener. e. d. pelle.* 1894.
[67] *Bullet. d. soc. Lancis.* 1895.
[68] *Deut. med. Woch.* 1896.
[69] Niederrh. Gesellsch. f. Naturheilkunde. 1895.
[70] *Wiener med. Wochenschrift.* 1895.

geschwollen gewesen war. Rille[71] zeigte in der Ärztegesellschaft eine Patientin mit Sklerodermie des Unterschenkels und totaler Alopecie. Uhlmann[72] stellte in der Medizinischen Gesellschaft einen Patienten vor, der das seltene Bild einer symmetrischen Gangrän im Gesicht darbot, neben den gewöhnlichen sklerotischen Veränderungen. Die Gangrän betraf die Haut und einen neugebildeten Knochen in der Wangengegend, der entweder durch Periostitis der Kiefern oder ossificierende Myositis des M. masseter entstanden war; er setzt diese Neubildung der Wucherung des Bindegewebes in der Haut an die Seite. Kaposi[73] sah Sklerodermie des Oberschenkels bei einer Tänzerin, glaubt jedoch nicht, dafs hier die häufige Anspannung der Haut als mechanische Ursache gewirkt habe, da er sonst nie eine derartige Ätiologie nachgewiesen hat. Ferner berichtet er über einen Fall, der mit entzündlichem Ödem begann und mit Massage gebessert wurde. — Ehrmann[74] sah die Veränderungen nach Skorbut auftreten; der Prozefs begann in diesem Falle an den Sehnenscheiden und Fascien und ergriff erst sekundär die Haut. — Wenigstens dem Namen nach gehört hierher die von Düring (Konstantinopel) beschriebene „Sclerodactylia ainhumoides annularis“.[75] Im Grunde ist sie dem Ainhum beizuzählen, dieser im Orient vorkommenden Affektion, die mit grofser Vorliebe die kleinen Zehen symmetrisch befällt und zu ringförmiger Abschnürung derselben führt.

Die Schweiz hat endlich auch einen neuen Fall zur Kasuistik beigebracht; Falun[76] stellte in der Medicinischen Gesellschaft Basel ein 17jähriges Mädchen vor, bei dem den sklerotischen Veränderungen öfters recidivierende Panaritien vorausgegangen waren und das ähnlich unserem dritten Falle hyperästhetische Zonen zeigte. — Aus früheren Jahren stammen nur drei Fälle aus unserem Lande. Rapin[77] beschrieb einen Fall von „sclérodactylie avec arthropathies et atrophie osseuse“ und Weber[78] teilte zwei Fälle von Sklerodaktylie aus der Kocherschen Klinik mit; der eine trat am Mittelfinger nach einer Luxation desselben auf, der andere war mit Nekrose der Endphalangen kompliciert und es wurden dabei kohlensauren Kalk enthaltende Knötchen gefunden.

Diesen vier in der Schweiz beschriebenen Fällen drei neue Beobachtungen von Sklerodaktylie anreihen zu können, war mir eine angenehme und eine wohl auch berechtigte Aufgabe; denn wenn auch keine unserer

---

[71] Ärzte-Gesellschaft Wien 1895.
[72] *Wiener klin. Wochenschrift.* 1895.
[73] *Wiener klin. Wochenschrift.* 1895.
[74] *Wiener dermatol. Gesellschaft.*
[75] *Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten.*
[76] *Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte.* 1895.
[77] *Bulletin de la société médicale de la Suisse romande.* 1875.
[78] *Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte.* 1878.

Patientinnen Erscheinungen darbot, die vom bisher bekannten Symptomenkomplex sehr abweichen und daher geeignet wären, neue Gesichtspunkte zu eröffnen, so ist es doch wünschenswert, dafs von einer so seltenen und interessanten Affektion jeder bekannte Fall genau beschrieben werde, zu Händen der Sammelforschung, für die er ein wertvolles Material darstellt und die er zur besseren Erkenntnis der Krankheit führen kann.

Die Ätiologie und die Varietäten der Keratosen.

Von

Prof. V. Mibelli - Parma.

(Schlufs.)

II.

Bei der Besprechung der Pathogenese dieser Dermatosen wollen wir die verschiedenen Ansichten hören, welche in der letzten Zeit über die Klassifikation und die Deutung der Keratosen geäufsert worden.

Bekanntlich war Hermann Lebert im Jahre 1864 der erste, welcher diese Krankheitsformen, die bisher blos einen Gegenstand der Überraschung und Neugierde gebildet hatten, wissenschaftlich untersuchte. In einer klassisch gewordenen Monographie hat er alle zerstreuten Dokumente aus der Litteratur besonders in Bezug auf das Hauthorn und die Ichthyose gesammelt und gruppierte diese beiden Affektionen unter der generischen Bezeichnung „Keratosen" zusammen.[33]

Auspitz (1881)[34] fafste in einer besonderen Gruppe als Entwickelungsanomalien jene Hautaffektionen zusammen, bei denen die hauptsächlichste Veränderung in einem abnormen Verhornungsprozesse besteht. Die Bezeichnung Keratosen erhält demnach für diese Affektionen einen viel weiteren Begriff, indem sie aufser den durch eine übermäfsige Verhornung (Hyperkeratose) entstandenen Krankheiten auch diejenigen umfafst, welche sich durch eine mangelhafte Verhornung auszeichnen (Keratolyse) und in einer dritten Klasse diejenigen, bei denen sich ein nur paratypischer Verhornungsprozefs nachweisen läfst (Parakeratosen). Die Keratosen von Lebert werden danach zu Hyperkeratosen in der Klassi-

[33] Lebert, *Über Keratose oder durch Bildung von Hornsubstanz erzeugte Krankheiten und ihre Behandlung.* Breslau 1864

[34] Auspitz, *System der Hautkrankheiten.* Wien 1881.

fikation von AUSPITZ. Während LEBERT eine circumskripte, eine diffuse Keratose, ferner eine follikuläre und eine epidermale unterschied, mit verschiedenen Varietäten bei den einzelnen Typen, stellte AUSPITZ, der sich hierin an seinen Vorgänger anlehnte, die drei bekannten Gruppen seiner Hyperkeratosen auf, nämlich 1. diffuse Hyperkeratosen, 2. follikuläre, 3. circumskripte aber von den Follikeln unabhängige Hyperkeratosen. Zur ersten Gruppe zählte er die Ichthyosis simplex und hystrix, zur zweiten den Lichen pilaris und die Ichthyosis follicularis, zur dritten das Hauthorn, das Tyloma und den Clavus. Unter seinen Parakeratosen figurierten die Psoriasis und der Lichen, unter den Keratolysen die Pityriasis alba et rubra, die Dermatitis exfoliativa der kleinen Kinder.

Das Hauptverdienst AUSPITZ' bestand nun nicht allein in dieser Vervollständigung der Klassifikation und der genaueren Nomenklatur, sondern hauptsächlich in seinem Entwurfe, die eben angeführten Affektionen auf pathogenetischer Grundlage einzuteilen.

Bei einem grofsen Teile der krankhaften Veränderungen der Epithelschichten entdeckte er eine wahre und eigentliche Affektion der Epidermis oder seiner Adnexe, d. h. ein Krankheitsbild, das sich hauptsächlich durch Veränderungen in der Epidermis auszeichnet und bei dem der Hauptteil des Prozesses in der Epidermis selbst entsteht und sich entwickelt. Da aber das anatomische Kriterium für sich allein als Bindeglied zwischen den einzelnen Gliedern dieser formlosen Klasse nicht genügen konnte, zog er noch die Pathogenese hinzu.

In Übereinstimmung mit den damaligen Begriffen, nach denen entzündliche Prozesse in der Epidermis ausgeschlossen waren, war es für AUSPITZ ein Leichtes, aus der Klasse der Entzündungen alle jene Affektionen zu entfernen, von denen er annahm, dafs sie in der Epidermis entstanden. So kam er dazu, sie als Entwickelungsanomalien zu betrachten, die ohne jeden intermediären Prozefs primär im Epithel ihren Ursprung nehmen. Unter diesen Krankheiten, die er Epidermidosen nannte, bedeutete die von ihm erweiterte Gruppe der Keratosen nicht allein mehr solche „Affektionen, welche durch Bildung von Hornsubstanz entstehen", sondern genauer und im erweiterten Sinne „Entwickelungsanomalien von epithelialem Ursprung und Typus (Epidermidosen), die sich hauptsächlich durch einen abnormen Verhornungsprozefs auszeichnen". Diese Neuerung erfreute sich bekanntlich unter den Dermatologen keines grofsen Erfolges.

So fuhr die Wiener Schule fort, jene Dermatosen weiter zu den Entzündungen zu zählen, welche AUSPITZ aus denselben entfernt hatte, um sie in seine Klasse der Epidermidosen einzureihen; die Keratosen verlegte sie in die Klasse der Hypertrophien.

Doch blieben die Bemühungen von AUSPITZ nicht ohne nützliche Wirkung, da sie zu erfolgreichen Diskussionen führten.

UNNA hatte schon vor AUSPITZ das Hauthorn[35] in meisterhafter Weise behandelt und veröffentlichte dann (1883)[36] einen Versuch von Keratonosologie, in welchem er die Grundfrage, ob die Epidermidosen einfache Entwickelungsanomalien seien, nicht angriff. Er machte auf die Notwendigkeit aufmerksam, auf Grund von histologischen Befunden, jenen Teil der Klassifikation von AUSPITZ umzuändern, der sich auf die Keratosen bezieht. Bei der Besprechung der Familie der Hyperkeratosen ging er in erster Linie darauf aus, eine Definition jenes Symptoms zu geben, das von den Klinikern gewöhnlich als „zu rasche oder zu starke Verhornung" oder als „vermehrte Tendenz zur Verhornung" bezeichnet wird. Schon im Jahre 1875 hatte er[37] in den Zellen der normalen Hornschicht das Vorhandensein rudimentaler Stachelfortsätze nachgewiesen, welche denen der Schleimschichtzellen analog waren. Er glaubte diesen Befund mit der Annahme einer kompakteren Verhornung erklären zu können, d. h. einer abnorm festen Kohäsion der Hornzellen unter sich vermittelst ihrer Stacheln. So dient UNNA das Wort „Hyperkeratose" nicht zur Bezeichnung eines pathologischen Prozesses, sondern zur Andeutung der abnormen Dichte des Verhornungsvorganges.

Faßt man den Begriff der Hyperkeratose in dieser Weise auf, so muß andererseits in Betracht gezogen werden, daß ihr, wenn sie auch nicht notwendigerweise einen untergeordneten Prozeß darstellt, doch in den ausgesprochensten und circumskripten Formen der AUSPITZschen Hyperkeratosengruppe (Hauthorn, Tyloma, Clavus) stets eine primäre Hyperakanthosis vorausgeht, d. h. eine abnorme Proliferation der Stachelschicht. Es läßt sich deshalb eine scharfe Trennung dieser von der anderen Gruppe der Epidermidosen mit dem Condyloma acuminatum und der Verruca vulgaris nicht gut durchführen; diese Formen hatte AUSPITZ als einfache Akanthome zu den Hyperkeratosen gezählt und zwar ausschließlich auf Grund der bei ihnen vorkommenden abnormen Entwickelung der Schleimschicht. Alle diese Formen, das Condyloma acuminatum, die Warze, das Hauthorn, das Tyloma, der Clavus, denen man noch die verhornenden Naevi beifügen kann, bilden nach UNNA die untrennbaren Glieder einer Kette, die als gemeinsames Bindeglied die Hyperakanthosis und die daraus resultierende Hyperkeratose aufweisen. Da nun bei allen die Hyperakanthose die primäre Erscheinung ist, so

---

[35] UNNA, Das Fibrokeratom. *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* XII. pag. 267.

[36] UNNA, Über das Keratoma plantae et palmae hereditarium; eine Studie zur Kerato-Nosologie. *Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph.* 1883. pag. 231.

[37] UNNA, Beiträge zur Histologie und Entwickelungsgeschichte der menschlichen Oberhaut etc. *Arch. f. mikroskop. Anat.* XII.

sollte man sie nicht zu den Hyperkeratosen oder Keratomen zählen, sondern zu den Hyperakanthosen; speziell wären sie, auf Grund ihrer circumskripten Entwickelungsweise nach Art von Tumoren als Akanthome zu bezeichnen und aus der Klasse der Keratosen auszuschliefsen.

Da aber nach UNNA auch die Ichthyose, aus Rücksichten anderer Art, nicht zu den Hyperkeratosen gerechnet werden darf, so folgt, dafs die Gruppe der Hyperkeratosen beinahe vollständig zu nichte wird. Es mufs demnach als paradox erscheinen, wenn man das Hauthorn aus derselben ausschliefst, dafür aber als vollkommenen Typus die Acne vulgaris hineinverlegt, von der UNNA als Erster annahm, dafs sie stets mit einer primären diffusen Hyperkeratose beginne.

Mit diesem Paradox hat uns aber UNNA einen wichtigen Fingerzeig gegeben, der leider unbeachtet geblieben ist: er hat uns darauf aufmerksam gemacht, welch trügerischer und gekünstelter Art die Auffassungsweise ist, nach welcher sich die nosologische Verwandtschaft ausschliefslich auf eine abnorme Kompaktheit der Verhornung stützt, d. h. auf einen Prozefs und ein Krankheitsbild, das man mit denselben Erscheinungen bei den verschiedensten Krankheitstypen wiederfindet.

Bezüglich der Ichthyose hat er uns die fundamentalen Unterschiede vorgeführt, welche sie vom Hauthorn als vollständig verschiedene Affektion trennt. LEBERT hatte in derselben weiter nichts erblickt als die diffuse Form seiner Keratose, wie er auch das Hauthorn einfach als die circumskripte Varietät derselben auffafste. Nach UNNA steht die Ichthyose viel näher der Psoriasis und dem Lichen, d. h. den Parakeratosen von AUSPITZ und demnach auch der Pityriasis alba et rubra, für welche letzterer diese Gruppe der Keratosen geschaffen hatte. Sowohl bei der Ichthyose als bei den Parakeratosen und Keratolysen handelt es sich nämlich nicht allein um Hyperkeratose und Hyperakanthose sowie die verschiedene Weise, wie sich die beiden Prozesse untereinander kombinieren. Das Atypische des Prozesses besteht nicht ausschliefslich in der abnormen Dichte der Verhornung, sondern noch aus einem neuen Faktor, der sie viel besser kennzeichnet, nämlich der Ablösung und dem Abfalle der Hornschicht in Form von Schuppen. Alle die obengenannten Formen, von der Ichthyosis bis zur Pityriasis rubra von HEBRA, denen UNNA noch die trockene Seborrhoe beizählt, bilden demnach eine natürliche Gruppe von Dermatosen. Weil sich dieselbe durch einen paratypischen Verhornungsprozefs (Desquamation) auszeichnet, so soll man sie als Parakeratosen bezeichnen.

Im Jahre 1883 wufste UNNA noch nicht, worin hauptsächlich der krankhafte Prozefs dieser Parakeratosen bestand und welcher Natur die pathogenetische Bedingung war, unter der sich die Hornschicht in Staubform auflöste. Obwohl er dabei die Hypothese aufstellte, dafs der ganze Prozefs von der Anwesenheit eines parasitären Elementes abhänge, ent-

fernte er sich doch nicht von der fundamentalen Auffassung von AUSPITZ, indem er die Parakeratosen als wahre, von einem entzündlichen Prozesse unabhängige Epidermidosen erklärte. In einem neuen Beitrage hierzu gab jedoch UNNA 7 Jahre später[38] auch diese Ansicht auf und die Gruppe der Parakeratosen erhielt eine ganz andere Ausdehnung und Bedeutung. Alle Hautkatarrhe, d. h., nach UNNA, alle oberflächlichen und entzündlichen Prozesse sind infektiöser Natur und von pathogenen Keimen erzeugt, die sich in der Epidermis befinden; eines ihrer hauptsächlichsten Merkmale sind Verhornungsanomalien. Bei einer Kategorie dieser Hautaffektionen kommt es zu verhältnismäfsig starker Exsudation und zur Bildung von Feuchtigkeit auf der Hautoberfläche; bei einer anderen Serie von Fällen ist die Entzündung nur ganz schwach angedeutet, zumal im Hinblick auf die Stauung und das Ödem im Papillarkörper; die Hautoberfläche bleibt hier trocken und die Verhornungsanomalie giebt sich unter der klinischen Erscheinung der Abschuppung zu erkennen.

Zu dieser zweiten Kategorie von Hautkatarrhen, die er, im Gegensatze zu den feuchten, trockene Katarrhe nennt, zählt UNNA natürlich auch die Trichophytie, wo das parasitäre Element am sichersten nachgewiesen; die Seborrhoea sicca, die er als eine Form des trockenen Katarrhs betrachtet und bei der er den pathogenen Mikroorganismus gefunden haben will; ferner die Pityriasis rubra pilaris, die Pityriasis rosea von GIBERT und aufserdem alle Keratosen der Klassifikation von AUSPITZ, aus denen er 7 Jahre früher die Gruppe der Parakeratosen gebildet hatte. Damit wurde „Parakeratose" synonym mit „trockenem Hautkatarrh" und diente nunmehr zur Bezeichnung einer Gruppe von Dermatosen, welche in einer geringen und oberflächlichen Entzündung mit ausgesprocheneren Erscheinungen von Hyperämie, Stase und Ödem des Papillarkörpers und in einer durch epidermophytische Mikroorganismen verursachte Paratypie des Verhornungsprozesses bestand.

Wenn nun die UNNAschen Parakeratosen seit 1890 keine einfachen Entwickelungsanomalien im Sinne von AUSPITZ mehr repräsentierten, so blieben sie dennoch als Epidermidosen bestehen, d. h. als primäre Affektionen der Epidermis; trotzdem läfst sich aber leicht erkennen, dafs nun ihr wichtigstes Symptom der Verhornungsparatypie, welches ihre Gruppierung und Bezeichnung veranlafst hatte, eine untergeordnete Bedeutung erhielt, gegenüber ihrer angeblichen Entstehung durch parasitäre Elemente und dem entzündlichen Prozesse von dem sie notgedrungen abhängig gemacht wurden. Damit wurde also durch UNNA die Serie der Keratosen von LEBERT und AUSPITZ, von der man auch noch die Hyper-

[38] UNNA, SANTI und POLLITZER, Über die Parakeratosen im allgemeinen etc. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. X.

keratosen losgetrennt hatte, vollständig aufgehoben, da ja die Parakeratosen eine selbständige Kategorie bildeten, zwar noch nicht als Keratosen, aber als oberflächliche infektiöse Hautentzündungen.

Die Bezeichnung Parakeratose, welche UNNA für die trockenen Hautkatarrhe reservierte, erinnerte nur noch schwach an die Entstehungsweise dieser Krankheitsgruppe. Es war aber leicht einzusehen, dafs auch diese Bezeichnung der bedeutenden Ausdehnung nicht würde widerstehen können, welche die Ansichten über die Nosologie genommen hatten, infolge welcher die ursprüngliche Bedeutung des Wortes verloren gegangen war.

Wirklich bedeutet in der *Histopathologie* von UNNA die Bezeichnung Parakeratose auch nicht mehr eine Gruppe von Affektionen, sondern nur noch ganz einfach einen pathologischen Prozefs. Parakeratose heifst Anomalie des Verhornungsprozesses mit dem klinischen Ausdrucke der Schuppenbildung. Diese Anomalie des Verhornungsprozesses, welche zur Schuppenproduktion führt, besteht in einem Ödem des Übergangsepithels, einem wirklichen parenchymatösen Ödeme, welches die einzelnen Zellen dieses Epithels befällt.

Deswegen verschwindet das Keratohyalin an vielen Stellen der Körnerschicht; das Stratum lucidum vergröfsert sich, indem es seine Kerne beibehält; die übrige Hornschicht ist im ganzen feuchter als unter normalen Verhältnissen. Man hat somit eine verlangsamte und vereinfachte Verhornung, d. h. ohne Keratohyalinbildung, ohne Schwund der Kerne und Austrocknung des Protoplasma im Innern der Zellen. Die feuchteren Schichten sind natürlich kohärenter als unter normalen Verhältnissen; es löst sich nicht mehr Zelle um Zelle in unmerklicher Weise los, sondern dickere Zellhaufen in Form von sichtbaren Lamellen, den sog. Schuppen. Diese bestehen aus zum Teil einfach verhärteten und nicht wirklich verhornten Zellen; die normale vollständige Verhornung wird durch die abnorme Durchfeuchtung der Epithelien, d. h. durch das parenchymatöse Ödem verhindert.

Die angeführten histologischen Veränderungen, die bei gewissen Ekzemen und besonders der Psoriasis so ausgesprochen sind, trifft man dagegen bei anderen Formen von trockenen Katarrhen, wie zum Beispiel der Pityriasis rubra pilaris, dem Lichen und der Ichthyosis nicht an. Auch bei dieser ist abnorme Feuchtigkeit vorhanden, die aber nicht genügt zur Produktion eines parakeratotischen Zustandes, d. h. des parenchymatösen Ödems des Übergangsepithels. Man hat also ganz recht, sie als trockene Katarrhe zu betrachten, darf sie aber nicht mehr zu den Parakeratosen im histologischen Sinne rechnen, da die fundamentale parakeratotische Veränderung fehlt.

Wenn demnach mit dem Worte Parakeratose die beschriebene histologische Veränderung angedeutet werden soll und diese nicht bei allen

trockenen Katarrhen vorkommt, so ist es klar, dafs Parakeratose und trockener Katarrh keine synonymen Ausdrücke mehr sind. Da die letztere Bezeichnung aber vom nosologischen Gesichtspunkte aus eine ausgedehntere Bedeutung hat, so wird sie allein zur Charakterisierung einer Gruppe von Affektionen verwendet werden können, während die erstere nur zur Bezeichnung jenes besonderen krankhaften Zustandes wird dienen können, den UNNA in der angeführten Weise beschrieben hat.

Während sich die soeben besprochenen histopathologischen Ansichten weiter entwickelten und noch bevor sie im Werke UNNAS[39] ihre definitive Gestalt erhalten hatten, kam TOMMASOLI, führte einzelne seiner bereits in den Jahren 1884, 85 und 87 über die Pathologie der Epidermis geäufserten Ideen[40] des weiteren aus und stellte eine neue Theorie[41] auf, nach welcher die keratotischen Affektionen ihre selbständige Stellung, die ihnen durch die UNNAschen Studien entrissen worden war, und in einer vom Verfasser selbst vorgeschlagenen Klassifikation[42] einen besonderen und sehr wichtigen Rang wieder erhielten.

Alle keratophoren Hautaffektionen (wie er sie benennt) bei denen eine der auffallendsten und konstantesten Erscheinungen durch die Störung der Verhornung repräsentiert wird, werden von TOMMASOLI zu einer sehr grofsen Klasse, den sog. Keratodermatosen vereinigt. Damit verläfst TOMMASOLI das taxinomische System von AUSPITZ und UNNA, welche besonders darauf ausgingen, (namentlich UNNA) die Wandelungen des anomalen Verhornungsprozesses auf Grund von histologischen Gesichtspunkten zu definieren. TOMMASOLI zieht nur die Pathogenese in Berücksichtigung und gelangt, mit Hülfe dieses offenbar wichtigsten Momentes, bald zum Schlusse, dafs man die grofse Klasse der Keratodermatosen nur in zwei grofse Familien einteilen könne: In die 1. derselben bringt er, unter der Bezeichnung „Keratodermien", die keratotischen Naevi, sowie die Trichosen und Onychosen von AUSPITZ über deren Pathogenese er sich nicht ausläfst. Zur 2. zählt er alle Keratosen von LEBERT und AUSPITZ mit den Parakeratosen von UNNA (1890) und erklärt dabei, dafs

---

[39] *Histopathologie.*

[40] TOMMASOLI, *Contribuzione all'anatomia e alla patol. dell'epiderm.* Bologna 1884.
Derselbe, Considerazioni sulla natura dell'Ittiosi. *Lo sperimentale.* Dezember 1885.
Derselbe, *Note di dermosifilopatia.* Bologna 1887.

[41] TOMMASOLI, Nuove consideraz. sulla istologia e sulla nat. dell'Ittiosi. *Giorn. ital. mal. ven. e d. pelle.* 1889. pag. 315 u. 1891 pag. 58.
Derselbe, Sur l'histopathol. et la pathogénèse de l'ichthyose. *Ann. de derm. et de syph.* 1893. V. u. VI.
Derselbe, Über autotoxische Keratodermiten. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Erg. I.
Derselbe, Contributo allo studio dell'Akrokeratoma. *Rassegna di scienze med.* Modena 1893. No. 3. Jahrg. VIII.

[42] TOMMASOLI, Saggio di una nuova classificazione delle malattie cutanee. *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1891. III.

ein besonderer pathogenetischer Mechanismus, den er für alle gemein hält, ihre Gruppierung unter der Bezeichnung Keratodermiten vollauf rechtfertige.

Nach TOMMASOLI ist somit keine Rede mehr von Hyperkeratosen, Parakeratosen oder Keratolysen. Die Verhornungsanomalie darf nicht mehr von sich selbst aus abgeschätzt werden, sondern nach dem primären krankhaften Prozesse von dem sie abhängt; dies ist der keratophore, d. h. der wahre pathologische Vorgang, der vom Nosologen in Betracht gezogen werden muſs.

Gerade bei der Auslegung dieses keratophoren Prozesses und der Art und Weise, wie er sich bis zur Bildung der Verhornungsveränderung entwickelt, gehen die Ansichten von TOMMASOLI und seiner Vorgänger, besonders UNNAS, auseinander. Während nämlich UNNA seine Parakeratosen (von 1890) auf die Wirkung von Mikroorganismen zurückführte, die von auſsen kommen und die Epidermis direkt beeinflussen sollten, glaubt TOMMASOLI, daſs der pathogenetische Mechanismus keineswegs ein so einfacher sei. Obwohl er zwar auch die gewöhnlichen Dermatomykosen, wie den Favus, die Trichophytien und die Pityriasis versicolor in seine Familie der Keratodermiten verlegt, so erklärt er doch, das im allgemeinen die Keratodermiten durch verwickelte innere Ursachen bedingt sind und zwar hauptsächlich durch toxische Substanzen autogenen Ursprungs.

UNNA hält zwar die meisten Keratosen von AUSPITZ, sowie die neu hinzugefügten für entzündlicher Natur, doch bleibt er der Ansicht dieses letzteren treu, indem er sie ebenfalls noch als wahre Epidermidosen erklärt. Sie sind zwar keine Entwickelungsanomalien im Sinne von AUSPITZ mehr, da sie UNNA als Hautkatarrhe betrachtet; doch gehören sie auch als Entzündungen zum Bereiche der Epidermis, so daſs die Bezeichnung „Epidermiten“ für sie ganz gut paſst. Da er nämlich von der Behauptung ausgeht, daſs diese parakeratotischen Affektionen durch epidermophytische Pilze verursacht sind, so bildet, entsprechend der modernen Theorie der Chemotaxis, die Epidermis das Zentrum, in und um welches der entzündliche Prozeſs beginnt; die Veränderungen an den Gefäſsen der Papillarschicht wären dann von bloſs untergeordneter Bedeutung.

Wenn aber TOMMASOLI von Affektionen der Epidermis oder Epidermopathien spricht, so versteht er darunter stets Veränderungen des „Hautorgans“, nach Art KROMAYERS in seiner Gesamtheit, d. h. als untrennbares epidermales Parenchym und vaskulo-bindegewebiges Stroma (Papillarkörper) betrachtet. Den äuſseren Einflüssen spricht er, im Gegensatze zu UNNA, jede Wichtigkeit ab, ob nun das vaskulo-bindegewebige Stroma, der primäre Herd, des von ihm als aus dem Innern gelangend betrachteten schädlichen Einflusses sei, oder aber, ob die Veränderungen des Parenchyms,

d. h. der wirklichen Epidermis die Folge einer primären Alteration der Cutis seien.

Nach Tommasoli sind es die im Organismus selbst infolge einer Verlangsamung in der Ernährung entstandenen organischen Gifte, welche in Begleitung eines allgemeinen dystrophischen Prozesses, als erste bemerkbare krankhafte Erscheinung eine ganz leichte Entzündung des Papillarkörpers unter dem Bilde einer Hypertrophie verursachen. Infolgedessen tritt eine Störung in den keratogenen Vorgängen ein und diese führt zur übermäfsigen Bildung von Epithel und zu einer hypertrophischen Hyperkeratose. Später hört der aktive entzündliche Prozefs auf und unter dem lähmenden Einflusse der Autotoxine auf die Gefäfsinnervation kommt es zu einer passiven Hyperämie oder Stase, während an Stelle der Hypertrophie eine Dystrophie oder ausgesprochene Atrophie tritt. Der auf diese Weise gestörte keratogene Prozefs bleibt sich aber in seinen Endresultaten stets gleich: während man nämlich zuerst eine Hyperproduktion von Hornzellen infolge einer vermehrten Bildung von Schleimzellen hatte, so tritt jetzt dasselbe aus einer entgegengesetzten Ursache ein, nämlich infolge einer verminderten Lebensfähigkeit derselben Schleimzellen, welche rascher ihrer letzten Lebensphase, der Verhornung, entgegengeführt werden.

* * *

Aus diesen wenigen Angaben über die in den letzten Zeiten erschienenen Arbeiten scheinen uns genügend Anhaltspunkte hervorzugehen zur Klarlegung der wichtigsten Fragen die sich gegenwärtig um die Pathologie der keratophoren Dermatosen erheben. Bei der Fortsetzung der Diskussion stofsen wir aber auf eine Hauptschwierigkeit: die Uneinigkeit der Autoren bezüglich der Nomenklatur der oben behandelten Affektionen.

Die Bezeichnung „Keratosen" wird nämlich von den neuesten Autoren beiseite geschoben oder gänzlich der Vergessenheit preisgegeben. Die Wiener Schule fährt zwar bekanntlich fort von Keratosen im Sinne von Lebert zu reden, d. h. als Krankheiten, die in einer abnormen Produktion von Hornsubstanz bestehen. Seitdem aber Auspitz diese Affektionen genauer als Hyperkeratosen bezeichnet hat, hat sich der Gebrauch dieses Wortes immer mehr verallgemeinert, so dafs es heutzutage zweifelhaft geworden ist, ob Keratose gleichbedeutend sei mit Hyperkeratose oder ob ihr eine mehr generische Bedeutung im Sinne einer Verhornungsanomalie zukomme. Auspitz betrachtete nämlich nicht allein die abnorme Verdickung der Hornschicht als Keratose, sondern auch den abnormen Zerfall derselben in Form von Schuppen.

Es würde nun in erster Linie darauf ankommen diese Unsicherheit in der Terminologie auszumerzen und festzustellen, dafs nicht alle Affek-

tionen, die sich durch eine abnorme Verhornung auszeichnen, in einem Bündel zusammengefafst werden dürfen, ohne dabei zu berücksichtigen ob sich die Abnormität teilweise oder gänzlich durch die eine oder die andere der entgegengesetzten Erscheinungen unterscheidet. Die beiden Formen von Verhornungsanomalien sind nämlich substantiell von einander verschieden, wenn sie auch öfters kombiniert vorkommen.

Ich weifs wohl, dafs für TOMMASOLI meine Art der Unterscheidung keine Existenzberechtigung hat. Noch im Jahre 1893 bestätigt er nämlich seine 1884 geäufserte Ansicht, wonach die Verhornung den Tod der Epidermiszellen bedeute; infolgedessen kann auch für ihn die Thatsache nur von untergeordneter Wichtigkeit sein, dafs sich diese toten Zellen schichtweise in gewaltigen Haufen ansammeln oder aber sich loslösen und abfallen.

Wenn man aber im Innern des Protoplasmas der Hornzellen auch Erscheinungen von regressiver oder nekrobiotischer (UNNA, KROMAYER) Metamorphose beobachtet, so genügen dieselben nicht zur Aufstellung der Behauptung, dafs sie alle Lebensfähigkeit verloren haben. So lange also die normale oder hypertrophische Hornschicht ihre Kohärenz in den verschiedenen Lagen aus denen sie sich zusammensetzt, beibehält, scheint es mir nur billig, anzunehmen, dafs der Stoffwechsel in den Zellen seinen Fortgang nimmt und dafs somit in ihnen eine gewisse Lebensfähigkeit bestehen bleibt. Wenn sich aber die mehr oder weniger verhornten Epidermiszellen in Gestalt von Schuppen loslösen, dann erst kann man annehmen, dafs sie alle Lebensfähigkeit eingebüfst haben. Nach meiner Meinung kann man infolgedessen nicht die Hyperkeratose und noch weniger den normalen Verhornungsprozefs, sondern erst die Keratolyse als den Untergang der Epidermiszellen betrachten.

Wenn man aber auch mit TOMMASOLI annehmen will, dafs die Menge der verhornten Zellen, ohne Rücksicht auf Hyperkeratose und Keratolyse, den Tod der Epidermiszellen bedeute, so glaube ich doch nicht, dafs man seine pathogenetische Theorie, die er für seine autotoxischen Keratodermiten ausgearbeitet hat, in ihrem ganzen Umfange acceptieren könne.

Nach dieser Theorie hätte man nämlich, im Verlaufe der langsamen keratophoren Affektion, bei allen Fällen eine erste hypertrophische Periode, die sich durch eine vermehrte Bildung von Zellen in der Schleimschicht auszeichnet; damit mufs natürlich eine vermehrte Produktion von Hornzellen Hand in Hand gehen, ob nun dieselben als bereits tote oder noch mehr oder weniger lebensfähige Elemente betrachtet werden. In der anderen, viel längeren und charakteristischeren Periode der Atrophie, die unmittelbar auf die erste folgen soll, würde die vermehrte Produktion von Hornzellen oder, nach TOMMASOLI, das vermehrte Absterben von Epidermiszellen, unverändert fortbestehen, trotz der bereits eingetretenen

Atrophie des Rete Malpighi; da nämlich die Zellen des letzteren unter ungünstigen Bedingungen entstanden sind, müfsten sie auch einem rascheren Tode verfallen, als unter normalen Verhältnissen. Diese Erklärungsweise erscheint zwar wenig plausibel, da man nicht gut einsieht, wie ein vermehrtes Absterben der Epidermiszellen so lange fortbestehen kann, wenn sich die Schleimschicht, d. h. diejenige Schicht, welche die dem Tode geweihten Elemente liefern soll, bereits in einem Stadium der Atrophie befindet.

Nimmt man dagegen an, dafs auch der pathologische Verhornungsprozefs nicht den Tod, sondern eine verminderte Lebensfähigkeit der Epidermiszellen infolge eines verminderten Stoffwechsels im Protoplasma bedeutet, so versteht man leicht, auf welche Weise sich diese abgeschwächten Ernährungsvorgänge bei den beiden von TOMMASOLI angegebenen Perioden wiederfinden. In der hypertrophischen Periode ist der Stoffwechsel nur ein relativ ungenügender, weil der zu ernährende Teil verdickt ist,[43] in der zweiten Periode ist er es aber in absoluter Weise, wegen der allgemeinen Dystrophie, die den ganzen Krankheitsprozefs beherrscht. In beiden Fällen mufs dann auch natürlich ein gröfserer Teil von Zellenelementen in Verhornung übergehen, d. h. in eine durch einfacheren und weniger aktiven Stoffwechsel geordnete Lebensweise.

Wohl existiert in einem guten Teile der Fälle neben einer abnormen Verdickung der Hornschicht (Hyperkeratose) auch eine teilweise Ablösung derselben in Form von Schuppen (Keratolyse), was unzweifelhaft gleichbedeutend ist mit Abfall von toten Zellen. Die Keratolyse ist aber nicht notwendig mit einer Hyperproduktion von Epidermis- oder Hornzellen verbunden, da allgemein angenommen wird, dafs die Schuppen eine unvollkommene Verhornung darstellen, infolge welcher sich die Zellen nach Ablauf ihrer Lebensbahn in grofsen Klumpen und nicht in kleinsten unbemerkbaren Partikeln ablösen, wie dies bei der normalen Verhornung geschieht.

Nach meiner Auslegung kann nun auch die Theorie von TOMMASOLI weiter bestehen und zwar auch für die mit Keratolyse komplizierten Fälle von Hyperkeratose, da nämlich, wie gesagt, die Schuppenbildung nicht notwendig als ein beschleunigtes oder vermehrtes Absterben von Epidermiszellen aufgefafst zu werden braucht.

Es ist aber leicht einzusehen, wie schwer es ist, für alle Fälle einen und denselben pathogenetischen Mechanismus anzunehmen, da die beiden Prozesse der Hyperkeratose und Keratolyse in mannigfaltiger Weise kombiniert vorkommen können.

---

[43] Diese Thatsache wurde bereits von UNNA bei den verhornenden Akanthomen angeführt. Siehe seine mehrmals erwähnte Arbeit aus dem Jahre 1883.

Vor allem müssen aber, nach meiner Ansicht, alle jene Hautaffektionen betrachtet werden, bei denen die ganze Verhornungsanomalie in einer abnormen Abschuppung der Hornschicht ohne Spur von wirklicher Hyperkeratose besteht; als solche wären z. B. zu nennen die exfoliativen Dermatitiden und Erythrodermien.

Die Pathogenese dieser entzündlichen, keratolytischen Affektionen ist ohne Zweifel bedeutend verwickelter, als bei den wahren Hyperkeratosen. Wir finden keinen rechten Grund, dieselben mit dem Kallus und dem Hauthorn in einer Kategorie unterzubringen, wie dies TOMMASOLI thut, der alle diese Formen als autotoxische Keratodermiten betrachtet.

Man könnte sich demnach die Aufgabe bedeutend erleichtern, wenn man damit aufhören wollte, den gestörten Verhornungsprozefs, der von einem Falle zum anderen so verschiedene Entstehungs- und Erscheinungsweisen zeigt, von einem allzu generischen Standpunkte aus zu betrachten, und wenn man sich darauf beschränken würde, genau festzusetzen, dafs man unter Keratosen nur solche Affektionen verstehen soll, die sich durch eine wahre Hyperkeratose auszeichnen, d. h. durch eine vermehrte Produktion der Hornschicht, entweder infolge einer vermehrten Bildung von Hornzellen oder durch einfache Zunahme der Kohärenz derselben, ob nun eine Keratose damit verbunden sei oder nicht. Dieses sind, wenn ich nicht irre, die Affektionen, die von den meisten Dermatologen als Keratosen bezeichnet werden; diese Bezeichnung dürfen sie auch so lange weiterführen, als man sich nicht darin geeinigt, das Wort durch Hyperkeratose zu ersetzen, das bestimmter ist.

Nach Festsetzung dieses Fundamentalpunktes handelt es sich noch darum, alle die Affektionen, die wir im ersten Teile unserer Arbeit behandelt haben und welche sich als Hyperkeratosen kennzeichnen, als wirkliche Keratosen zu erklären.

Wenn es nun zwar sehr wohl angeht, alle diese verschiedenen Krankheitsformen zusammen von einem ihnen allen gemeinschaftlichen Standpunkte aus zu betrachten, so darf man noch nicht glauben, dafs die Arbeit des Forschers damit abgekürzt sei. Die follikuläre Hyperkeratose hat nämlich bei der Akne nicht dieselbe Bedeutung, wie z. B. bei der Keratosis pilaris, dem Favus oder dem Lupus erythematosus. So hat auch die porale Hyperkeratose beim Lichen oder der Pityriasis rubra pilaris nicht dieselbe Wichtigkeit, wie bei meiner sog. Porokeratose oder dem Naevus porokeratodes von HALLOPEAU.

UNNA, welcher den gröfsten Teil der follikulären und poralen Hyperkeratosen mit Inbegriff meiner Porokeratose als trockene Hautkartarrhe betrachtet, verlegt die Akne und den Favus zu den tiefen Entzündungen, den Lupus erythematosus zu den regressiven Ernährungsstörungen, den Naevus porokeratodes von HALLOPEAU zu den kongenitalen Mifsbildungen.

Wenn aber UNNA den gröfsten Teil der follikulären und poralen Keratosen zu den trockenen Katarrhen rechnet, so wurde er hierbei mehr durch Analogiegründe als durch direkte Beweise geleitet. Der pathogene Mikroorganismus jener Affektionen, welcher sich an die Ätiologie der trockenen Hautkartarrhe knüpft, ist aber noch unbekannt, ebenso ist für viele Fälle der Nachweis eines entzündlichen Prozefses, der doch der ganzen Theorie zur Grundlage dient, noch nicht geleistet. Dabei sehen wir, dafs TOMMASOLI seine Theorie, welche die Pathogenese derselben erklären soll, auf eine weit manigfaltigere und zahlreichere Gruppe von Hautaffektionen ausdehnt. Auch bei dieser Theorie spielt die Entzündung eine ebenso wichtige Rolle als bei den trockenen Hautkartarrhen von UNNA, wenn auch in einem etwas verschiedenen Sinne, da er annimmt, dafs eine langsame, oberflächliche Dermitis, stets die fundamentale Veränderung bilde, der auf verschiedenem Wege der krankhafte Prozefs folgt, welcher durch die Wirkung der Toxine hervorgebracht wird und durch welchen sich die Keratophorie einstellt. Nun bleibt aber stets noch zu beweisen übrig, ob die angebliche Dermitis in allen Fällen existiert und was noch schwieriger sein dürfte, ob seine Vermittelung zur Erzeugung der Keratophorie notwendig sei. Sehr gewöhnlich tritt um Herde torpider und sehr lange dauernder Dermitiden, ein Prozefs von Hyperkeratose und Keratolyse, ein. Noch zahlreicher aber sind die Fälle, wo dies nicht eintrifft, wenn auch ganz dieselbe pathologische Disposition der Hautgewebe besteht. Wenn deshalb auch die chronischen Dermitiden nicht zur Keratophorie führen und wenn bei den keratophoren Dermatosen diese Dermitis nicht stets als die primäre Veränderung nachgewiesen werden kann, so kann man mit Recht annehmen, dafs sie an sich selbst nicht genügt und auch nicht zur Störung des Verhornungsprozesses notwendig ist. Für eine Anzahl von Fällen wird man sich deshalb an die Ansicht von TÖRÖK und PHILIPPSON[44] halten müssen, welche annehmen, dafs so der entzündliche Prozefs für sich allein die Keratophorie nicht erzeugt, dafs aber eine und dieselbe Ursache beide Prozesse zur Entstehung bringen kann, indem sie dieselben von einander unabhängig bestehen läfst.

Aus den verschiedenen Mitteilungen von TOMMASOLI gewinnt man die Ueberzeugung, dafs auch für diesen Autor die hauptsächlichste anatomische Ursache zur Entstehung der Keratophorie nicht die Entzündung als solche ist, sondern vielmehr die neuroparalytische Dilatation des oberflächlichen Netzes und die daraus resultierende venös-lymphatische Stase. In diesem Sinne stimmt die Meinung TOMMASOLIS mit derjenigen der meisten Beobachter überein, da schon längst angenommen ist, dafs lokale

---

[44] *Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten.* Wiesbaden 1875. pag. 78 ff.
[45] Dies nimmt UNNA für seine Hyperkeratosen an. — *Vierteljahrschr.* etc. 1883.

Zirkulationsstörungen, welche eine Verlangsamung in der Strömung der Nährsäfte verursacht, die Grundlage vieler Hyperkeratosen bildet.[45] Vor 7 Jahren[46] habe ich selbst gezeigt, dafs beim Angiokeratom die Veränderungen der Gefäfse, die primäre Erscheinung ist und dafs sie von einer Verlangsamung der Zirkulation begleitet ist; auf sie führte ich die Bildung des Keratoms zurück und stellte die Hypothese auf, dafs infolge der Verlangsamung der Blutzirkulation, die Sauerstoffzufuhr in den Epidermiszellen geschädigt und der Verhornungsprozefs verändert und beschleunigt werde.

Doch auch hier mufs man sich die Frage stellen, ob die einfache lokale Zirkulationsstörung zur Erzeugung all der ihr zugeschriebenen Folgezustände notwendig und genügend sei; man hat nämlich nicht bei allen Keratosen überhaupt dilatierte Gefäfse nachweisen können und andererseits führt diese Erscheinung bekanntlich nicht immer zu Anomalien der Verhornung.

Es frägt sich ferner, ob man das Angiokeratom als Typus aufstellen dürfe, zum Nachweise vom Einflusse der Gefäfsdilatation im oberflächlichen Netze auf die Keratophorie, wie dies Tommasoli gethan hat, welcher bei der Besprechung der Pathogenese der Ichthyose, letztere als „eine Art von sehr schwach entwickeltem und weit verbreitetem Angiokeratom betrachtet".[47]

Schon aus anderen Gründen, die ich in einer zweiten Arbeit über das Angiokeratom entwickelte, hatte ich die Ansicht geäufsert,[48] dafs die Zirkulationsverlangsamung, die ich bei dieser Krankheit zuerst nachgewiesen hatte, nicht genügten, die Bildung des Keratoms über dem Angiom zu erklären. Dem mufs ich heute nun beifügen, dafs es sich beim Angiokeratom um eine Zirkulationstörung besonderer Art handelt, welche mit den gewöhnlichen Zirkulationsstörungen bei vielen Hyperkeratosen nicht ganz verglichen werden kann. Dort handelt es sich nämlich nicht um eine gleichmäfsige Erweiterung der oberflächlichen Gefäfse, sondern um enorme, auf die Gefäfse beschränkte Ektasien und Varikositäten mit teilweiser lacunärer, hämatischer und lymphatischer Neubildung; die von Blut strotzenden Höhlen stehen in direcktem Kontakte mit der Epidermis, in welche hinein sie sich fortsetzen. Im Hinblick auf die angiomatöse oder angiomartige Bildung, welche an sich allein auf die Keimschicht der Epidermis einen schädlichen, chemisch-mechanischen Einflufs ausüben mufs, geht man deshalb in diesem Falle nicht weit genug, wenn man von einer

---

[46] Mibelli, Di una nuova forma di Keratosi, angiokeratoma. — *Giornale ital. delle malatt. vener e d. pelle.* Heft III. 1889.

[47] Pathogénèse de l'Ichthyose. — *Annales de Dermat. et Syph.* Heft VI. 1893.

[48] Mibelli, L'angiocheratoma. — *Giornale ital. delle malatt. vener. e d. pelle.* Fasc. II. u. III. 1891.

einfachen Zirkulationsverlangsamung als der Ursache der der lokalen Keratophorie spricht.

Andererseits kann bekanntlich beim Angiokeratom die Hyperkeratose verschiedene Grade zeigen und zwar nicht allein in den einzelnen Fällen, sondern in einzelnen Läsionen desselben Falles. In einigen, nach meinen Beobachtungen seltenen Fällen, herrschen kleine, keratosische Geschwülste in solcher Anzahl vor, dafs sie schwere Diformitäten bilden; in vielen anderen Fällen dagegen, sind die kleinen erhabenen Tumoren weniger zahlreich und es herrschen weniger ausprochene oder ganz flache keratosische Formen vor. Nicht selten kommt es bei gewissen Patienten vor, dafs typische angiokeratomatöse Gefäfsläsionen, die längsten Zeiten bestehen können, ohne dafs sie von merklichen keratosischen Veränderungen begleitet wären.

Es handelt sich also in allen diesen Fällen um anatomisch identische Gefäfsalterationen. Da sie nicht stets von derselben Wirkung auf die Epidermis gefolgt werden, erscheint es als richtig, anzunehmen, dafs diese Wirkung auf eine Gefäfsalteration zurückzuführen sei und zwar nicht nur insofern als eine Zirkulationsstörung daraus resultiert, sondern besonders in Anbetracht der ungleichen und veränderlichen Art und Weise, wie die varikösen Gefäfserweiterungen je nach ihrer Entwickelung oder Lage, direkt die Keimschicht der Epidermis beeinflussen.

Auch die Theorie von der autotoxischen Natur der Keratosen giebt zwar zu, dafs die lokale Zirkulationsstörung allein nicht genüge zur Erzeugung der Keratophorie, dafs vielmehr noch andere Umstände in verschiedener Weise hierzu beitragen; zu diesen gehört in erster Linie eine allgemeine Verlangsamung in der Ernährung und die daraus resultierende Bildung toxischer Substanzen. Diese letztere Hypothese leitet Tommasoli von der allgemeinen Untersuchung der Kranken ab und stützt sie durch Argumente, die er per analogiam aus der syphilitischen und Arsenkeratose schöpft. Neueren Forschungen bleibt es vorbehalten, nachzuweisen, welchen Anteil die Autointoxikationserscheinungen an den krankhaften Prozessen überhaupt nehmen, welcher Natur diese autotoxischen Agentien seien, die Hautaffektionen zu erzeugen vermögen und in welcher Weise sie ihre direkte oder mittelbare pathogene Wirkung bei den keratophoren Prozessen auf die Epidermiszellen ausüben. Inzwischen mufs sich aber Tommasoli darauf beschränken, anzunehmen, dafs die genannten autotoxischen Agentien nur insofern eine Keratophorie hervorzurufen vermögen, als sie sich selbst unter dem Einflusse mangelhafter, organischer Bedingungen im allgemeinen gebildet haben und nun auf die Haut durch Vermittelung von neurovaskulären Störungen eingewirkt haben, welche durch die vorausgehende allgemeine Dystrophie noch verschlimmert werden; diese letztere mufs sich nämlich über die Gewebe der Haut, wie über den übrigen Organismus verbreiten.

Die keratogene Wirkung der Toxine ist aber vorläufig eine rein hypothetische und andererseits mufs die Existenz von lokalen Ernährungsstörungen für viele Fälle bewiesen werden, ja öfters fehlen diese vollständig. Man darf sich deshalb wohl fragen, warum diese angeblichen Toxine nicht direkt auf die Epidermis wirken sollten, ohne dafs die Vermittelung einer primären, dystrophischen oder zirkulatorischen Störung im Papillenkörper notwendig wäre. Ist aber eine kongenitale oder akquirierte Prädisposition zur Entstehung der Keratophorie notwendig, warum könnte diese Prädisposition nicht die Epidermis allein betreffen, statt in einer abnormen, anatomischen Beschaffenheit des Papillenkörpers zu bestehen? Dies scheint uns nämlich um so wahrscheinlicher, als es mehrere Hautkrankheiten, zumal solche parasitärer Natur, giebt, welche primär in der Epidermis entstehen. Beim Favus sehen wir ja auch, dafs ein ausschliefslich epidermophytischer Pilz einen permanenten hyperkeratosischen Zustand erzeugt, wo entzündliche Erscheinungen noch ganz fehlen. Da die Möglichkeit erwiesen, dafs es unter dem Einflusse äufserer Agentien, zu keratosischen Veränderungen kommen kann, so erhält auch die Hypothese eine Stütze, dafs auch innere Ursachen ähnliche Wirkungen direkt auf die Epidermis auszuüben vermögen.

Anderseits ist es aber auch wahr, dafs bei den Dermatosen aus inneren Ursachen im allgemeinen und so auch bei den parasitären Formen, prädisponierende, ätiologische Bedingungen verschiedener Art eintreten und dafs es gewisse Parasiten, wie das Mikrosporon furfur und das Mikrosporon minutissimum, giebt, die nur dann zu pathogenen werden, wenn diese accessorischen Bedingungen vorhanden sind.

Solche prädisponierende Ursachen können aber auch ihren Ursprung in krankhaften Zuständen der inneren Organe nehmen, wie dies bei der Pityriasis versicolor der Fall zu sein scheint. Diese wird nämlich von französischen Autoren[49] in direkte Beziehung zu Affektionen des Darmtraktus gebracht. Wenn wir aber aus Beispielen nach Art der Pityriasis versicolor, des Erythrasma, des Eccema seborrhoicum circinatum der Sternalgegend ersehen können, dafs äufsere Ursachen nicht genügen, so zeigen uns dieselben auch, dafs innere Affektionen den Zustand der Hautoberfläche derartig beeinflussen können, dafs sie für den pathogenen Einfluſs epidermophytischer Mikroorganismen empfänglicher werden, ohne dafs dabei morphologische Veränderungen in der Papillarschicht einzutreten brauchen. Diese krankhafte Empfänglichkeit der Hautoberfläche, die sich besonders in der Hornschicht zeigt, wo sich die Pilze ablagern, führt zum Teil bei den genannten Krankheiten zu einer Störung der Talg- und

---

[49] DE MOLÈNES et COSTILHES, Pityriasis versicolor; pathogénie et traitement. *Ann. de Derm. et Syph.* 1892. pag. 246.

Schweifssekretion. Jedermann weifs, wie sich diese Sekretionen verändern, wie sie zunehmen oder aufhören, bei selbst geringfügigen, allgemeinen Veränderungen im Organismus, welchen Anteil sie an der Umgestaltung des Zustandes der Hautoberfläche und ihrer Anhänge nehmen, die stets mehr oder weniger darunter leiden.

Bei der Besprechung der Pathogenese der keratophoren Dermopathien, dürfen wir den Zustand der Hautdrüsen, sowie ihre sekretorische und exkretorische Funktion nicht aufser Acht lassen, um zu erfahren, welchen Anteil sie am veränderten Verhornungsprozefs nehmen.

Dafs die Talg- und Schweifssekretion in vielen Formen von Hyperkeratose gestört ist, steht heutzutage aufser Zweifel. Mit umsomehr Recht können wir diesen Sekretionen eine Bedeutung bei der Entstehung der poralen und follikulären Keratose zuschreiben, insofern als bei der ersteren die Knäueldrüsen verändert sind und die Hyperkeratose gerade den Schweifsporus befällt, während bei der letzteren der Prozefs sich hauptsächlich von der trichterförmigen Einsenkung bis zum Halse abspielt, d. h. in einem Abschnitte des Follikels, der anatomisch und embryologisch mit der dazu gehörigen Talgdrüse eng verbunden ist. Es steht ferner fest, dafs die physiologische Sekretion dieser Drüsen gleichbedeutend ist mit einer fettigen Degeneration des Protoplasma ihrer Zellen, gleichzeitig aber auch eine partielle Verhornung derselben darstellt.[50]

Mit diesen Auseinandersetzungen beabsichtigten wir darzuthun, wie schwierig es sei, aus dem Studium der Keratosen ein einzelnes Argument abzuleiten, das uns für sich allein die Ätiologie und Pathogenese dieser Krankheitsformen erklären könnte. Ihre Auslegung ist nämlich deshalb so schwierig, weil sie unter einem gleichen Gewande, die feineren Merkmale ihrer vielgestaltigen Natur verbergen. Die vorurteilslose Untersuchung der wichtigsten, in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten, mit Einschlufs der zahlreichen isolierten Publikationen über diese oder jene spezielle Form von Keratose, hat uns aber gezeigt, dafs das Suchen nach einer einheitlichen, pathogenen Formel für alle Affektionen nicht nur schwierig ist, sondern auch resultatlos zu werden berufen ist. Es scheint eben nicht, dafs der verborgene Mechanismus ihrer Entstehung stets identisch sein müsse, da im Gegenteile die sichtbaren Ursachen nach denen sie sich entwickeln und durch die sie unterhalten werden höchst mannigfaltige sind.

Die Hyperkeratose kann nämlich bald als eine Krankheit, bald, und zwar am häufigsten, als ein krankhafter Zustand betrachtet werden; bald wieder ist sie auch dies nicht, sondern eine Deformität, wie bei den

---

[50] Philipson, Bemerkungen zur Histologie des normalen Sekretes der menschlichen Talgdrüsen. — *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1890. Bd. XI. pag. 202.

naevusartigen Formen, oder eine physiologische Anpassung der Epidermis zum Schutze des Hautorgans[51] wie bei den professionellen Keratosen. Wenn sie eine Krankheit darstellt, so folgt sie bald auf einfache äufsere Reize, mechanischer, physikalischer oder chemischer Art, bald auf rein innere, infektiös-toxische oder rein toxische Ursachen, öfters aber auf die gleichzeitige Wirkung verschieden kombinierter äufserer und innerer Bedingungen. Ist sie nur ein Symptom, so kann sie als solches zum Bilde der verschiedensten Affektionen gehören, von den gewöhnlichen parasitären Formen, wie z. B. die Dermatomykosen und die Scabies (Scabies norwegica) bis zu den Neubildungen. Vor kaum 3 Monaten habe ich ein mehrere Centimeter langes Hauthorn extirpiert, das sich an der Unterlippe infolge einer schlechtgeheilten Kratzwunde entwickelt hatte. Dieses Jahr sah ich ein kleineres Hauthorn auf einem Rinoskleromknoten der Nasenscheidewand entstehen und nach der Extirpation rezidivieren. Im verflossenen Jahre endlich, habe ich ein äufserst hartes, circa 2 cm langes Horn über einem oberflächlichen Epitheliom des Nasenrückens beobachtet, wo es nach der Entfernung rezidivierte,

Aus dem an semiologischen, histologischen und ätiologischen Anhaltspunkten reichen Material über die fraglichen Krankheiten erhellt, dafs die von den verschiedenen Autoren geäufserten Argumente zur Erklärung ihrer Natur zwar keineswegs verallgemeinert werden dürfen, dafs aber jedes für sich einen Teil Wahrheit enthält und insofern einen gewissen Wert besitzt.

Die Ansicht von Auspitz, dafs die Keratosen einfache Entwickelungsanomalien der Epidermis seien, ist zwar nicht für alle, sondern nur für diejenigen Fälle richtig, welche aus kongenitalen Deformitäten hervorgegangen sind, wie z. B. die verhornten Naevi. Die von Unna für eine ansehnliche Gruppe von Keratosen verfochtene parasitäre Theorie kann auch nicht für alle Geltung haben, wohl aber ganz entschieden für einzelne derselben, die unzweifelhaft durch epidermophytische Pilze erzeugt sind; wieder für andere kann der keratogene Einfluſs äufserer Agentien nachgewiesen werden, die noch einfacherer, d. h. mechanischer oder physikalischer Art sind.

Die Existenz von Keratosen infektiöser oder toxischer Art, wie z. B. der syphilitischen und Arsenikkeratosen, läfst auch die Hypothese von Tommasoli wahrscheinlich erscheinen, wonach innere organische Bedingungen und speziell durch diese entstandene autotoxische Substanzen eine analoge pathogene Wirkung entfalten und in einzelnen Fällen das hauptsächlichste ätiologische Moment representieren können.

---

[51] Blaschko, Zur Ätiologie und Pathogenese des Gewerbeekzems; Verhandl. der dermat. Ges. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Ergh. I.

Noch aus zahlreichen anderen Beispielen, die ich hier nicht anführen will, geht hervor, dafs die gestörte sekretorische und exkretorische Funktion der Hautdrüsen, die lange Dauer der chronischen, entzündlichen Prozesse oder von Zirkulationsstörungen anderer Art im Bereiche der Kutis, den Verhornungsprozefs in dem Grade verändern können, dafs wahre Keratosen entstehen.

Alle diese verschiedenen ätiologischen Momente oder die einzelnen derselben, wenn sie unter einander kombiniert sind oder durch andere, zufällige, unterstüzt werden, können zur Pathogenese dieser oder jener Keratose beitragen. Mag sein, dafs sie nicht alle gleichwertig sind und dafs nur einige zur Entstehung der Dermatose notwendig sind. Wir wissen aber hierüber noch nichts sicheres, da wir uns bisher noch nicht klar werden konnten, wie sie sich bei der Entstehung der Hyperkeratosis verhalten und da wir nicht wissen, welches die extremen Bedingungen sind, die zur Erzeugung dieser histochemischen Wirkung auf die Epidermiszellen erforderlich sind oder ausreichen. Da aber vom histochemischen Gesichtspunkte die Hyperkeratose einen sehr einfachen Prozefs darstellt, so steht zu erwarten, dafs auch die Bedingungen, unter denen sie entsteht, einfache, d. h. derartige seien, dafs sie leicht als Folgezustände der verschiedenen biologischen Erscheinungen, welche die Epidermis betreffen können, erkennbar sind. Auch von diesem Standpunkte aus hindert uns nichts, anzunehmen, dafs der pathogenetische Mechanismus bei den manigfaltigen Formen der als Keratosen bezeichneten Hautaffektionen ein verschiedener sei.

Die Bezeichnung „Keratosen, worunter man die reinen und die von Keratolyse begleiteten Hyperkeratosen, nicht aber die essentiellen Keratolysen versteht, umfafst keine natürliche Gruppe von Hautaffektionen, sondern einen Komplex von heterogenen Krankheitsformen, für welche eine allgemeine, praktische Bezeichnung, nur mit Rücksicht auf ein gemeinschaftliches, symptomatologisches Merkmal pafst, welches als deren auffallendste, objektive Manifestation erscheint. Was wir aber hier von den Keratosen im allgemeinen sagen, kann auch für die beschränktere und untergeordnete Gruppe, der poralen und follikulären Keratosen gelten, mit denen wir uns im objektiven Teile unserer Arbeit beschäftigt haben.

Übersetzt von C. Müller-Genf.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. März 1897.

(Original-Bericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Herr Bruck stellt vor der Tagesordnung einen **Fall zur Diagnose** vor. Der Patient ist vor vier Monaten von anderer Seite an einer Phimose operiert worden. Bald darauf zeigten sich Knötchen auf der ganzen Haut, verbunden mit starkem Jucken und mit Haarausfall. Als derselbe vor 14 Tagen in B.'s Behandlung kam, zeigte er wie jetzt an Stelle der Effloreszenzen über den ganzen Körper verbreitete Pigmentierungen; das heftige Hautjucken bestand noch, ebenso die Alopecie, daneben allgemeine Drüsenschwellung und die Kopfhaut war stark infiltriert und mit Schuppen bedeckt. Der sehr intelligente Patient sowohl wie sein bisheriger Arzt bestritten, irgend einen Primäraffekt bemerkt zu haben. Nach Arsenmedikation hat das Jucken jetzt nachgelassen. — Herr Joseph schlägt vor, den Patienten nach Vornahme einer antisyphilitischen Kur wieder vorzustellen. — Herr Rosenthal hält die Diagnose Lues für naheliegend. Hierbei kann auch Jucken auftreten, es kann aber auch accidentell sein. Welcher Art die Effloreszenzen gewesen sind, an deren Stelle man jetzt Pigmentierungen sieht, läßt sich natürlich nicht entscheiden. — Herr Saalfeld hat im Nacken des Patienten kleine glänzende Knötchen bemerkt und hält eine Kombination von Lues mit Lichen ruber planus für vorliegend. — Herr Bruck hat an eine derartige Kombination gedacht; die Knötchen sehen jedoch bei Tageslicht nicht aus wie Lichen ruber.

Herr Lassar läd zur 18. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft ein und teilt mit, daß die Familie des verstorbenen Vorsitzenden Herrn Prof. Lewin dessen umfangreiche Bibliothek der dermatologischen Gesellschaft zugewiesen habe.

Herr Gerson: Krankenvorstellung. Die vorgestellte Frau leidet an einer Hautaffektion, welche aufgetreten ist, seitdem dieselbe menstruiert ist, und mit dem Genitalapparat in Beziehung zu stehen scheint. Zur Sommerzeit schwillt nämlich nach einem halbstündigen Aufenthalt in der Sonne die Haut ihres Gesichtes und der Hände, überhaupt der unbedeckten Körperteile, intensiv an; es entwickeln sich Blasen bis zu Hühnereigröße, die Patientin bekommt Schüttelfrost und Fieber und muß unter Dyspepsie und Gemütsdepression die nächsten acht Tage im Bett zubringen, während sie eine solche Attaque vollständig erst in vier Wochen überwindet. Die Patientin darf sich im Sommer nicht einmal am offenen Fenster aufhalten, wenn sie nicht von ihrem Leiden befallen sein will. Zur Hervorrufung desselben ist stets Sonnenschein und Wärme erforderlich; im Winter kann sie sich, so viel sie will, im Freien aufhalten, desgleichen im Sommer bei Dunkelheit. Der hier vorliegende Symptomenkomplex stimmt mit keiner der bekannten Formen in allen Punkten überein. Vortragender bittet um die Ansichten der versammelten Herren, speziell auch in therapeutischer Beziehung. — Herr Joseph fragt, ob der Urin untersucht sei; er hat in seiner Arbeit über akutes umschriebenes Hautödem auf die paroxysmale Albuminurie aufmerksam gemacht, welche bei seinen Patientinnen während der Menstruation auftrat. Kleine Chinindosen, lange Zeit fortgegeben, haben ihm gute Dienste erwiesen. — Herr Rosenthal versteht nicht, in welchem Zusammenhange das Leiden mit den Sexualorganen stehen soll, da es doch lediglich durch die Ein-

wirkung der Sonne hervorgerufen wird. Er hält die Affektion für identisch mit dem von HUTCHINSON beschriebenen **Erythema aestivale**, welches derselbe wegen der Blasen in die Kategorie des Pemphigus brachte, obgleich es mit demselben sonst nichts zu thun hat; auch UNNA hat solche Fälle als Hydroa puerorum beschrieben, da er sie nur bei Kindern gesehen; RIEHL als Hydroa juvenum. — Herr GERSON findet den Zusammenhang mit dem Genitalapparat darin, daſs das Leiden in der Pubertät zuerst aufgetreten ist und damals mit vorübergehendem Erfolge eine Dehnung des Cervix vorgenommen worden ist. — Herr LASSAR hat dieselben Erscheinungen bei einem älteren Herrn beobachtet, der lange Zeit im Süden gelebt hatte. Hier war es jedoch die Kälte, welche, auch experimentell, diese Wirkung hervorbrachte. Ätiologisch war es zweifelhaft, ob die klimatischen Verhältnisse oder eine Austernvergiftung eine Rolle spielten. Jedenfalls half dem Patienten nichts als der Rat BESNIERS, seine Tage in einem wärmeren Klima zu verleben. — Herr ÖSTREICHER rät zu einem Versuche mit Oophorin.

Herr C. BENDA: Demonstration mikroskopischer Präparate. In letzter Zeit haben sich mehrere Arbeiten der allgemeinen Pathologie mit der Frage beschäftigt, ob man bei gewissen Neubildungen wirkliche Epidermidalgebilde oder nur eine zufällige Ähnlichkeit mit solchen anzunehmen habe; und zwar handelt es sich um eine Arbeit von KARL POSNER, der auf **Verhornung** in verschiedenen Gebieten des Körpers hinweist, um eine solche von PAUL ERNST, der bei Cancroid der Lunge wirkliche Horngebilde gefunden hat, und um einen Vortrag BENDAS in der Berliner Medizinischen Gesellschaft über Hirncholesteatome, in welchem er den Nachweis versuchte, daſs wirkliche Epidermisbildung vorlag. Das wesentlichste Hülfsmittel hierbei ist der Nachweis des Keratins. Es ist aber sehr schwierig, das Keratin zu identifizieren. ERNST hat als sichere Methode die GRAMsche Färbung angegeben. Allein ebensogut wie mit dieser und der WEIGERTschen Fibrinfärbemethode färbt sich Keratin auch mit der alten WEIGERTschen Nervenmarkfärbung, sowie mit BENDAS Eisen-Hämatoxylinmethode und sogar mit Pikrinsäure. Auffallenderweise läſst sich also Keratin durch tinktoriell so differente Methoden in gleich schöner Weise färben. Die angegebenen Methoden sind also nicht eigentliche Reaktionen auf Keratin, sondern die Eigenart dieses Körpers besteht gerade in seiner Affinität für chemisch ganz heterogene Farbstoffe. Vortragender ist nun bei der Untersuchung eines Tumors, bei welchem er per exclusionem das Vorhandensein von Keratin annehmen muſste, in diagnostische Schwierigkeiten geraten. Es handelte sich um einen kirschgroſsen Tumor, der einem jungen Individuum in der Ellenbogengegend exstirpiert worden ist. Derselbe saſs in ziemlicher Tiefe, mit der Cutis zwar noch zusammenhängend, aber doch wesentlich im subkutanen Gewebe, und war vielfach mit der Umgebung verwachsen. Bei der Besichtigung des frischen, wie des gehärteten Stückes fielen sofort Einsprengungen von kreidiger Beschaffenheit auf. Durch die einschlägigen Reaktionen wurde festgestellt, daſs sie weder Fette noch Kalk waren. In dem mikroskopischen Bilde fand er nach gewöhnlicher Färbung mit Hämatoxylin und Eosin Zellen von epithelialem Charakter, die in groſsen Abschnitten keine Kernfärbung zeigten und sich wie beim Carcinom in dichten Zapfen unregelmäſsig in die Tiefe erstreckten. Da sich in dem Zwischenbindegewebe Riesenzellen fanden, so machte er die Tuberkelbacillenfärbung nach EHRLICH. Durch diese wurden nun die in Rede stehenden Zapfen teilweise lebhaft violett gefärbt. Als Träger dieser violetten Färbung nahm er auſserordentlich feine und dichte Fasernetze innerhalb der Zellen wahr. Bekanntlich färben sich nun auch die Horngebilde mit der Tuberkelbacillenfärbung, er versuchte also die Hornfärbungen (die GRAMsche, die Eisen-Hämatoxylin- und die WEIGERTsche Nervenfärbung) mit noch besserem Erfolge. Das Auffallende ist die

faserige Beschaffenheit der Zellen. Sie erinnert an die von KROMAYER mit der WEIGERTschen Fibrinfärbemethode in den tiefen Schichten des Rete Malpighii dargestellten Fasernetze. Die wirklichen KROMAYERschen Fasernetze in den Retezellen der mitgeschnittenen Epidermis nahmen jedoch die GRAMsche Färbung in den vorliegenden Präparaten nicht an, während sich auch die verhornten Partien der Epidermis intensiv färbten. Vortragender glaubt, dafs ursprünglich ein Atherom vorgelegen habe, welches später bösartig degeneriert ist, wobei die Zellzapfen in die Tiefe wucherten, das Bindegewebe einwanderte und die Zellzapfen abkapselte. Die Entstehung der Riesenzellen ist auf den Reiz zurückzuführen, den die Neubildung quasi als Fremdkörper ausübte. Vortragender möchte wissen, ob derartige Knotenbildungen von einem der Herren schon beobachtet worden sind. — Herr HELLER fragt, ob die Verdauungsprobe gemacht sei. Er glaubt, dafs die starke Färbbarkeit hier auf eine mangelhafte Verhornung zurückzuführen sei, denn bei seinen Untersuchungen der syphilitischen Keratosen fand er, dafs die unvollkommen verhornten Teile die Färbung besser annahmen, als die vollkommen verhornten. — Herr BENDA hat zwar nicht verdaut, aber Alkalien und Säuren angewandt, ohne dafs sich die Teile verändert hätten. ERNST hat ähnliches abgebildet, aber nicht mit einer derartigen fibrillären Struktur. Dafs es sich um unvollkommene Keratinisierung handelt, glaubt er auch, denn die richtigen Hornzellen färben sich in toto.

Herr TANNHAUSER: a) Demonstration mikroskopischer Präparate. b) Krankenvorstellung. Herr T. demonstriert mikroskopische Präparate zu dem von Herrn BLASCHKO in der Januarsitzung vorgestellten Fall von **Urticaria haemorrhagica.** Er hat eine Quaddel in dem Augenblick exstirpiert, als eine zentrale Hämorrhagie sich zeigte, das Ödem also bereits im Zurückgehen begriffen war, und dieselbe untersucht. Das histologische Bild zeigt, dafs der Hauptprozefs in der Cutis sich abspielt und zweierlei erkennen läfst: 1. perivaskuläre Infiltration, 2. Veränderungen des Coriums. Die Gefäfse sind in eine Infiltrationsscheide eingebettet, deren Elemente sich schwer analysieren lassen, weil sie in einem dichten Fibrinnetz sitzen, das durch Serum vielfach auseinandergedrängt ist. Die wesentlichen Bestandteile sind jedoch: polynukleäre Zellen von der Gröfse der weifsen Blutkörperchen und grofse einkernige Zellen von ovaler oder kugeliger Gestalt, daneben an der Stelle des Blutaustrittes rote Blutkörperchen. Die Fasern des Coriums sind in der Nähe des Infiltrationsgebietes gequollen und durch das Ödem auseinandergerissen, während die cellulären Elemente dieselben sind. Die grofsen einkernigen Zellen zeigen zum Teil Mastzellenfärbung und sind ihrer Herkunft nach Bindegewebszellen, welche von der Peripherie nach dem Zentrum des Infiltrationsgebietes hin allmähliche Übergänge von der Spindel- zur Blasenform zeigen. Die Leukocyten stammen aus dem Blute und man kann ihre Wanderung durch die Gefäfswände in den Präparaten verfolgen. Ob Diapedese oder Rhexis vorliegt, liefs sich nicht feststellen, da es sehr schwer ist, bei einer so kleinen Hämorrhagie die Rupturstelle zu treffen. SACK ist dies in mehreren Fällen von Purpura durch tangentiale, der Oberfläche parallele Schnittführung gelungen. Auch liefs sich betreffs der UNNAschen Theorie von der Entstehung der Quaddeln durch Venenspasmus nichts Bestimmtes eruieren, da schon durch die Excision die Verhältnisse verändert werden und auch die tieferen Venen, auf die es ankommt, nicht mit excidiert waren. Auffallend war auch der Gehalt des Blutes an polynukleären Zellen.

Alsdann stellt Herr T. einen 30jährigen Patienten vor, der auf Gesicht und Rumpf, besonders auf dem Rücken, zahlreiche symmetrisch sitzende pigmentlose Geschwülste von miliarer bis Bohnengröfse zeigt, die seit sechs Jahren bestehen. Eine mehrere Jahre zuvor acquirierte Lues ist durch energische Kuren geheilt worden.

Vortragender hat einen Tumor ausgeschnitten und zwei Präparate von demselben aufgestellt. Sie zeigen im Stratum papillare und subpapillare eine feinere Faserung als gewöhnlich, sowie ziemlich grofse, ovale einkernige Zellen. Handelt es sich um entzündliche Bildungen (syphilitische Keloide, Narben) oder um tumorähnliche Hyperplasien? Ihrem ganzen klinischen und histologischen Verhalten nach hält Vortragender sie für multiple, symmetrisch sitzende, **weiche Fibrome**, die möglicherweise an Lymphgefäfse, nicht jedoch an Nerven (Nervenfibrome Recklinghausens) sich anschliefsen.

Herr Th. Mayer: Krankenvorstellung. 1. Die 60jährige Patientin zeigt an der Nasenspitze einen etwa kirschgrofsen, rötlichen, etwas schuppenden Tumor, der der allmählich in das normale Gewebe übergeht und an der Spitze eine Ulceration trägt mit scharfen Rändern und leicht blutendem Grunde und welcher seit einem halben Jahre bemerkt wird. Die Frau will stets gesund gewesen sein, hat aber in der Mitte ihrer Partus zwei Aborte gehabt und nachher zwei wenig widerstandsfähige Kinder geboren. Das Alter der Patientin, sowie Sitz, Gröfse, Wachstum und äufsere Form lassen zunächst an **Epitheliom** denken, andererseits ist aber die Nase der Prädilektionssitz für **gummöse Prozesse** und die mikroskopische Untersuchung hat in der That ergeben, dafs es sich hier um eine Kombination beider Prozesse handelt. Nach dreiwöchentlicher Darreichung von Jodkalium hat sich ein mäfsiger Rückgang des Tumors bemerkbar gemacht. Aufserdem zeigt die Nase eine weitere Mifsbildung dadurch, dafs sie am unteren Ende des knöchernen Gerüstes eingesunken ist; auch dieser Veränderung liegt sicherlich ein gummöser, wahrscheinlich periostaler Prozefs im Innern zu Grunde. Eine Röntgenphotographie hat keinen Aufschlufs gegeben.

2. Ein $^3/_4$ Jahre altes Kind bekam vor zwei Monaten nach einer Gastroenteritis zuerst auf den Glutäen, später auf den hinteren Partien der Oberschenkel rote Fleckchen und Knötchen, welche bald Bläschen zeigten, die sich trübten und ulcerierten. Jetzt sieht man auf Glutäen und unteren Extremitäten ein System von Punkten und Linien, die Figuren von frappanter Regelmäfsigkeit bilden. Beobachtet man die zuletzt gekommenen Efflorescenzen, so erkennt man kleine, schwach glänzende, leicht infiltrierte Knötchen mit polygonalem Rande und einer kleinen Delle, also Lichen ruber-Knötchen, die perlschnurartig aneinander gereiht sind. Kaposi führt bekanntlich diese regelmäfsige lineäre Anordnung ätiologisch auf die Kratzlinien zurück, Köbner auf nervöse Einflüsse. Hier ist das Jucken nur ganz gering. **Lichen ruber** in diesem Alter ist eine grofse Seltenheit. — Herr Östreicher hat Lichen ruber acuminatus bei kleinen Kindern und Säuglingen in letzter Zeit öfters beobachtet. Er wird häufig als chronisches Ekzem behandelt.

3. Der sonst gesunde Knabe zeigt eine **Anomalie der Haarfärbung**, nämlich eine zeitweise auftretende Veränderung derselben. In 3—4 Tagen wird das sonst hellblonde Haar in der Partie hinten an der Nackengrenze rötlich, um dann in einigen Wochen allmählich wieder blond zu werden. Diese Veränderung zeigte sich zuerst vor drei Jahren in der Rekonvalescenz von Masern, dann nach einem halben Jahre und einem Jahre, sowie jetzt vor mehreren Wochen wieder, ohne dafs man einen Grund zu finden wüfste. Alopecie ist nicht voraufgegangen. Einige Psychiater haben von ähnlichen Farbenveränderungen des Haares bei Paralytikern je nach dem Wechsel der maniakalischen und melancholischen Zustände sowie bei Epileptikern nach den einzelnen Krampfanfällen berichtet. Bei dem Knaben liegt keine nervöse Störung vor, nur hat er bei der vorletzten Attaque über grofse Empfindlichkeit der Kopfhaut geklagt. Unter dem Mikroskop zeigt das veränderte Haar nur eine geringe Verminderung des in der Rinde abgelagerten Pigmentes.

Herr Schreiber: Zur **Diagnostik der Zungen-Affektionen**. Die durch Lues

und Merkur auf der Zunge hervorgebrachten Bilder bereiten oft gegenüber den zahlreichen anderen Zungenaffektionen grofse diagnostische Schwierigkeit. Sch. hat deshalb aus der Sammlung der Lassarschen Klinik eine Anzahl wohlgelungener Wachspräparate mitgebracht, sowie mehrere Patienten mit Zungenaffektionen bestellt, um so eine ganze Reihe interessanter syphilitischer Veränderungen nebeneinander demonstrieren zu können. Ein Primäraffekt auf der Zunge ist übrigens in der Lassarschen Klinik noch nicht zur Beobachtung gekommen.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. November 1896.

(*Brit. med. Journ. of Derm.* Dezember 1896.)

Dr. Dent stellt ein 19jähriges Mädchen mit **Lupus der Beine** vor. Von Interesse ist, dafs drei Schwestern der Patientin ebenfalls an Lupus leiden und dafs sie stets zusammen geschlafen haben.

Dr. Morris erwähnt, dafs diejenigen Lupusfälle, welche vor einigen Jahren mit Tuberkulin behandelt worden sind, sich in der Mehrzahl gegenwärtig in einem besseren Zustande befänden als jene, welche diese Behandlung nicht durchgemacht hätten.

Dr. C. Fox weist gelegentlich der Vorstellung eines Falles von **Dermatitis herpetiformis**, der stellenweise das Bild der Dermatitis exfoliativa darbot, auf die Thatsache hin, dafs man in England in Fällen sicher diagnostizierter Dermatitis herpetiformis zwei Typen erkrankter Stellen unterscheiden könne. In dem einen pflegten sich Haufen von Bläschen ohne exzentrische Ausbreitung zu entwickeln, in dem anderen entwickele sich eine Efflorescenz und breite sich exzentrisch aus, wodurch nach und nach Ringe von Bläschen entständen, welche einem Herpes iris oder einer Impetigo herpetiformis ähnlich sähen.

Dr. M. Morris zeigt gefärbte mikroskopische Präparate von einem Falle von **Sykosis** und bemerkt, dafs es nach seinen Erfahrungen nur selten gelänge, die sog. grofssporigen Parasiten in den Haaren von Sykosisfällen zu finden. Dieser Bemerkung widersprechen sehr lebhaft die Dres. Adamson, C. Fox, Pringle.

Dr. Payne stellt ein 17jähriges Mädchen mit skrophulösen Geschwüren am Halse, Rücken, an Schultern und Schlüsselbeinen und gleichzeitig mit Anzeichen eines bestehenden Lupus unterhalb des rechten Ohres vor. Der Fall soll gewisse kontrastierende Merkmale von **Scrofulodermia** und **Lupus** illustrieren.

Dr. Pringle zeigt einen eigentümlichen, hartnäckigen **Fall von seborrhoischer Dermatitis** bei einem 17jährigen, sonst gesunden Individuum. Der Ausschlag begann an den Waden, befiel dann die Arme und schliefslich den ganzen Körper. Die Haut des Patienten hat das Aussehen einer permanenten „Gänsehaut". Der Ausschlag bestand im Beginn aus prominierenden, blassen, bräunlich-roten, konischen oder abgestumpften Papeln, die sämtlich follikulären Ursprunges, aber nicht hornig waren. Im weiteren Verlaufe wurden die Papeln heller rot, schliefslich bildeten sich unregelmäfsig gestaltete Gruppen von Papeln auf geröteter Basis, von denen viele mit dünnen, festhaftenden, fettigen Talgdrüsenschuppen bedeckt waren; einige der regulär ovalen Gruppen erinnerten an Pityriasis rosea. Eine Woche später entwickelte sich auf dem Kopfe eine Seborrhoea sicca; das Gesicht zeigte zahlreiche wie verschorfte Stellen.

Dr. Pringle demonstriert 2. einen 40jährigen Schneider mit einem **recidivierenden, desquamativen Hautausschlage im Anschlufs an Influenza**; 3. einen 43jährigen Mann mit **Erythema multiforme bullosum**; 4. einen **Fall von typischem chronischen Lichen planus mit ungewöhnlicher Verteilung der Läsionen innerhalb des Mundes.**

C. Berliner-Aachen.

Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau.

Sitzung vom 13. März 1896.

J. E. Wladimirow: **Ein Fall vorschneller physischer Entwickelung eines sechsjährigen Mädchens.** K., gebürtig aus dem Moskauer Gouvernement, wurde in das pädiatrische Hospital des Hl. Wladimir wegen rhachitischer Erscheinungen an der unteren Extremität gebracht. Nach den Angaben der Mutter war bei der Geburt des Kindes nichts Besonderes beobachtet worden. Es wurde von der Mutter genährt; ein Jahr alt, machte es die ersten Gehversuche. Im Alter von $4^1/_2$ Jahren bemerkte die Mutter das Auftreten von Schamhaaren am Mons veneris, bald darauf begannen die Brüste zu schwellen. Das Alter des Kindes (6 Jahre und 7 Monate) ist durch die betreffenden Dokumente sichergestellt, sein Wuchs beträgt 121 cm. Der Kopfumfang 50, Brustumfang 66, Bauchumfang 59; Körpergewicht 27 500 g. Das Kind ist blutarm, aber gut genährt; die Muskulatur gut entwickelt, die Haut rein; deutliche Anzeichen der Rhachitis an den Knochen des Schädels, des Brustkorbes und besonders der unteren Extremitäten; geringe Skoliose. Am linken Fuſs sechs Zehen. Innere Organe vollkommen normal. Stimme und Gesichtsausdruck entsprechen dem Alter, während Wuchs, Körpergewicht und die übrigen Maſse einem ca. 9jährigen Kinde entsprechen. Die Geschlechtsteile haben die Entwickelung wie bei einem 15—16jährigen Mädchen. Die Mammae von der Gröſse einer Apfelsine, hängen etwas herab. Der Mons veneris ist ziemlich dicht mit 2—5 cm langen Haaren bedeckt. Die groſsen und kleinen Labien, die Klitoris und das Hymen sind normal und wie bei einem erwachsenen Mädchen entwickelt. Das Hymen ist ringförmig, in seine Öffnung läſst sich das erste Glied des Zeigefingers einführen. Vor dem Eintritt ins Hospital war eine Sekretion einer blutigen Flüssigkeit aus den Geschlechtsteilen beobachtet worden, die vier Tage andauerte. Das Selbstbefinden war die ganze Zeit über ein völlig gutes. Die psychische Thätigkeit ist völlig normal. Das Schamgefühl ist nicht dem Alter entsprechend entwickelt; ungern läſst sich das Kind entkleiden, scheut vor der Untersuchung der Brüste und der Geschlechtsteile zurück. Anzeichen von irgend einem Wollustgefühl fehlen, geschlechtliche Erregung ist nicht nachweisbar.

N. Müller bemerkte, daſs auſser der frühzeitigen sexuellen Entwickelung besonders augenfällig die vorgeschrittene allgemeine physische Entwickelung sei. Beachtenswert sei ferner, daſs gewöhnlich bei Individuen mit zu frühzeitiger Entwickelung der Sexualorgane ein Zurückbleiben der psychischen Thätigkeiten zu konstatieren sei, und daſs andererseits jene Kinder nicht langlebig zu sein scheinen, die eine zu frühzeitige Entwickelung zeigen. Müller fügte mehrere Beispiele dafür aus der Litteratur an.

Sitzung vom 25. September 1896.

P. Michailow: **Ein Stein in der Urethra eines Mädchens.** A. R., 12 Jahre alt, trat ins Hospital der Hl. Olga ein mit Klagen über Störungen und Schmerzen beim Harnlassen. Nach den Worten der Mutter hatte die Krankheit begonnen, als das Kind 3 Jahre zählte. Früher waren mit dem Urin kleine weiche Steinchen entleert worden. In der letzten Zeit kann Patientin den Harn gar nicht mehr halten, der tropfenweise abflieſst und die umliegenden Teile heftig reizt. Die Epidermis der äuſseren Geschlechtsteile ist stark gereizt. Der Harn flieſst aus der Urethra unaufhörlich ab. Der Harn ist trübe, reagiert alkalisch, mit ammoniakalischem Geruch und enthält Eiweiſs, im Satz Schleim und Blut. Der Stein, der im Halsteile der Urethra sich befand, wurde ohne Mühe entfernt. Es war ein Phosphatstein, mürbe, 5 cm lang. Der Umfang desselben betrug 6 cm, sein Gewicht 12,8 g. Das Mädchen verblieb 25 Tage im Hospital. Die Störungen der Harnfunktion verringerten sich allmählich, tagsüber urinierte es in letzter Zeit vollkommen normal, nachts manchmal

ins Bett. In der russischen Litteratur gelang es Autor nicht, dergleichen Fälle aufzufinden. Was überhaupt die Steinkrankheit bei Mädchen betrifft, so kommen nach den Angaben des Kinderhospitals der Hl. Olga auf 283 Fälle 6 auf diese. Das läßt sich daraus erklären, daß aus der Harnblase bei weiblichen Individuen die Steine meist selbst leicht die Urethra nach außen hin passieren können.

N. N. Alexejew: **Zur Kasuistik der Spätform der hereditären Lues.** Der Knabe, 12 Jahre alt, trat am 10. Juli 1896 ins Kinderhospital des Hl. Wladimir, mit Klagen über Schmerz und einer Geschwulst in der Gegend der Leber. Die Geschwulst war zufällig von ihm entdeckt worden. Der Vater starb an Tuberkulose, die Mutter negiert Lues, doch ist der Nasenknochen verdächtig zusammengefallen. Aborte waren nicht gewesen. Der Knabe hatte Masern durchgemacht und war sonst stets gesund gewesen, ist gut entwickelt und genährt, doch sind die sichtbaren Schleimhäute blaß. Nirgends Spuren von Syphilis; nur die cervikalen Lymphdrüsen sind etwas geschwellt. Die Leber ist bedeutend vergrößert, hart und läßt sich in der Mamillarlinie 6 cm unter dem Rippenrand durchfühlen. Die Oberfläche des rechten Leberlappens ist höckerig; auf dem linken Lappen lassen sich zwei bewegliche, runde Geschwülste palpieren; außerdem fühlt man unter dem unteren Rande des linken Lappens drei bewegliche Geschwülste, die zugleich mit der Leber sowohl nach oben als nach unten verschoben werden können. Auf Druck ist die Leber schmerzhaft. Die Milz ist etwas geschwollen. Die übrigen Organe normal. Bei Feststellung der Diagnose mußte man per exclusionem vorgehen. Gegen eine maligne Neubildung sprach der ganze Verlauf und die Abwesenheit kachektischer Anzeichen. Die Form der Geschwülste erinnerte gering an die Echinokokkenblasen, und nur bei der gummösen Leberaffektion, wo bindegewebige Hypertrophien und narbiges Gewebe entsteht, kommen derartige bewegliche Gebilde zu stande. Am 15. Juli begann Patient 0,9 Kali jodati täglich einzunehmen, vom 20. Juli bis 30. August bekam er täglich 1,5 dieses Medikamentes. Während dieser Behandlung nahm die Schmerzhaftigkeit allmählich ab und die Höcker schwanden. Die Größe und Festigkeit der Leber gingen zurück. Auf der Oberfläche des linken Lappens verkleinerte sich die Geschwulst bedeutend; zwei Monate nach Behandlung ließen sich unter dem linken Leberlappen keine beweglichen Geschwülste mehr nachweisen, und wurde der Knabe als genesen bezeichnet.

Wladimirow sprach in der Diskussion die Ansicht aus, der Knabe hätte vielleicht gleich nach der Geburt das kondylomatöse Stadium durchgemacht, das die nicht sonderlich aufmerksamen Eltern übersehen haben mochten, woher man denn auch nicht sicher behaupten könne, hier eine Spätform hereditärer Lues vor sich zu haben.

Küssel begreift nicht, wie ein soweit fortgeschrittenes Leberleiden keine Rückwirkung auf den Allgemeinzustand des Patienten habe hervorrufen können.

Alexejew erinnerte daran, daß bei Aufnahme ins Krankenhaus eine Blässe der Schleimhäute konstatiert wurde, die aber jetzt normale Färbung angenommen hätte.

Sitzung vom 6. November 1896.

Syla-Novitzky: **Über die Behandlung von Verbrennungen mittelst Pikrinsäure.** Bei Verbrennungen ist Pikrinsäure zuerst von Prof. Thiery in Frankreich angewandt worden. Besonderes Lob spendet dieser Methode der englische Kinderchirurg Pomer, der folgende Lösung anwendet: Pikrinsäure 5,0, Spiritus vini 80,0, Aq. destill. 1000,0. Eine Gazebinde, mit dieser Flüssigkeit durchtränkt, wird auf die gereinigte und gewaschene verbrannte Hautstelle gelegt; darauf eine Schicht Watte und der Verband. Derselbe bleibt drei Tage unverändert, worauf man ihn abnimmt (mit derselben Flüssigkeit benetzend) und einen zweiten Verband bis zur vollen Ver-

heilung anlegt. Beobachtungen hatte Autor an acht Kindern im Alter von 7 Monaten bis zu 10 Jahren im Ambulatorium des Kinderhospitals der Hl. Olga angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der oben beschriebene Verband stillt den Schmerz schon dadurch teilweise, dafs der Verband so selten gewechselt zu werden braucht.
2. Die Sekretion ist eine sehr geringe.
3. Wirkt begünstigend auf Heilung per primam.
4. Giebt eine gute, glatte Narbe.
5. Ist praktischer, weil er weniger Verbandstoff erfordert.

Zu den Nachteilen gehört das Ruinieren der Wäsche und der Hände, sowie die Unmöglichkeit, das Mittel an einigen Körperstellen beim Kinde anzuwenden.

G. Gorjatschkin hat in zwei Fällen die beschriebene Methode angewandt (an Erwachsenen) und war mit den erhaltenen Resultaten vollkommen zufrieden geblieben.

W. Serenin hat sie gleichfalls in zwei Fällen angewandt, aber keine Vorzüge vor den anderen üblichen Methoden finden können.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Amerikanische dermatologische Gesellschaft.

20. Jahresversammlung, abgehalten zu Hot Springs am 8., 9. und 10. September 1896.

Dr. J. C. White-Boston macht einige **Bemerkungen über Dermatitis venenata**, die sein im Jahre 1887 erschienenes Werk über diesen Gegenstand ergänzen sollen. Er erwähnt unter anderen Pflanzen als Dermatitis erzeugend: die Pastinaca saliva, Hamamelis Virginica und Ostrya Virginica. Vortragender hat ferner Fälle von Dermatitis beobachtet, die durch anilinschwarz gefärbte Hemden entstanden war.

In der Diskussion werden auch schwarz gefärbte Socken als Ursache einer Dermatitis angeführt.

Dr. Morrow findet es nicht für gerechtfertigt, eine Idiosynkrasie gegen verschiedene Substanzen als Hauptursache von artificiellen Exanthemen anzunehmen. Weit häufiger, als man es glaube, seien äufsere Irritamente an der Entstehung derselben schuld.

Dr. J. M. Winfield-Brooklyn spricht **über einen favusähnlichen Ausschlag der Mundschleimhaut, verursacht durch Aspergillus nigrescens.** Die 27jährige, früher stets gesunde Patientin zeigte bei der ersten Besichtigung durch den Vortragenden an der linken Seite des harten Gaumens eine ödematöse, knotige Stelle, welche mit einer schwach haftenden Membran bedeckt war, deren Farbe ein gelbliches Favusscutulum vortäuschte. Die mikroskopische wie bakteriologische Untersuchung eines Stückchens des geschwollenen Gewebes ergab die Anwesenheit des als Aspergillus nigrescens bekannten Pilzes. Syphilis hat die Patientin nie gehabt. Therapeutisch that Hydrogenium peroxydatum gute Dienste.

Dr. J. C. White: **Über den Einfluſs der Nahrung und des Alkohols auf die Entstehung und den Verlauf des Ekzems und der Psoriasis.** Der Vortragende gelangt auf Grund zahlreicher Beobachtungen zu der Ansicht, dafs im ganzen der Einfluſs der Nahrung und des Alkohols auf das Ekzem und die Psoriasis nicht sehr bedeutend sei, jedenfalls viel geringer, als gemeiniglich angenommen wird.

In der Diskussion teilen die meisten der anwesenden Mitglieder nicht die Ansicht des Vortragenden, während einige wenige, unter ihnen Dr. Morrow, sich mit den Ausführungen Whites einverstanden erklären.

Dr. J. T. Bowen-Boston: **Mykosis fungoides und Sarkomatosis cutis.** Der Vortragende beschreibt zwei sehr eingehend beobachtete Fälle, welche die Schwierig-

keit der Unterscheidung einer Mykosis fungoides von einer Sarcomatosis cutis illustrieren sollen. Ferner berichtet er über zwei typische Fälle von Pseudo-Leukämie, bei welchen Knoten, die an Prurigo-Hebra lebhaft erinnerten, vorhanden waren. Die mikroskopische Untersuchung eines dieser Knötchen habe identische Strukturverhältnisse ergeben, wie sie Leloir und Kromayer bei der wahren Prurigo vorgefunden haben.

Eine pathologische und klinische Klassifikation der Hautkrankheiten stellt Dr. L. A. Duhring auf. Er teilt dieselben in neun Klassen: 1. Anämien; 2. Kongestionen; 3. Entzündungen; 4. Hämorrhagien; 5. Neurosen; 6. Hypertrophien; 7. Atrophien; 8. Neubildungen; 9. Krankheiten der Anhänge der Haut. Band 14. Dezember 1896.

Über einige Dermatosen in Anwesenheit einer Glykosurie spricht Dr. C. W. Allen-New York. Er erwähnt unter anderen einen Ausschlag, der die Kopfhaut, die Streckseiten der Arme, Oberschenkel, Beine, die Dorsalflächen der Hände und Füße ergreift und aus runden, im Zentrum ausgehöhlten oder mit Krusten bedeckten, zentral vertieften, der Acne varioliformis Hebrae gleichenden Efflorescenzen besteht. Eine andere Form von Läsionen, welche im Zusammenhange mit einem hohen Zuckergehalt des Urins auftritt, beschreibt Vortragender als akute, multiple Gangrän der Haut, von sehr oberflächlicher Natur. Die Ulcerationen breiten sich peripherisch aus, haben eine graugelbe Basis, aus welcher die Papillen als rote Punkte hervorragen. Wo viele solcher Läsionen bestanden haben, bleiben pigmentierte Stellen zurück.

Der Vortragende berührt die meisten bisher bereits bekannten Hautaffektionen, welche im Gefolge von Glykosurie resp. Diabetes auftreten.

Dr. White betont besonders das akute Ekzem an den Genitalien diabetischer Frauen.

Dr. Morrow glaubt, man könne alle diese Ausschläge bei Glykosurie erklären wie viele andere Arzneiexantheme, die durch die Anwesenheit einer fremden im Blute cirkulierenden Substanz hervorgerufen würden. Bezüglich der Häufigkeit des Auftretens von Furunkulosis und Karbunkeln in Verbindung mit Glykosurie erwähnt Redner, daß nach einer sehr sorgfältigen Schätzung volle 34% aller Fälle von Furunkeln und Karbunkeln durch Zucker im Urin resp. im Blute verursacht würden.

Einen **Fall von Xanthoma diabeticorum** bei einer Frau beschreibt Dr. Robinson-New York. Die Patientin hat nie Gelbsucht gehabt, wohl aber in den letzten 10 Jahren an Gallensteinen gelitten. Von Interesse ist in diesem Falle, daß trotz des typischen Xanthoma diabeticorum kein Zucker im Urin gefunden wurde.

Dr. Morrow und Dr. Allen machen darauf aufmerksam, daß viele derartiger Patienten an intermittierender Glykosurie leiden, und daß die Untersuchung des Urins auf Zucker wiederholentlich und zu verschiedenen Tageszeiten besonders am Morgen vorgenommen werden sollte.

Über einen **Fall von hypertrophischer Rosacea (Pachydermatosis), welcher einer Knotenlepra glich und mit Thyroidextrakt geheilt wurde,** spricht sehr ausführlich Dr. Dyer-New Orleans.

Dr. L. A. Duhring spricht über **die Beziehung der Dermatitis herpetiformis zum Erythema multiforme und zum Pemphigus.** Das Resultat seiner Betrachtungen faßt der Vortragende in folgenden Schlußsätzen zusammen: 1. Dermatitis herpetiformis ist in den meisten Fällen eine wohldefinierte Krankheit mit ziemlich konstanten klinischen Merkmalen; 2. sie erinnert mehr an das Erythema multiforme, als an irgend einer anderen allgemein anerkannten Affektion; 3. die Blasenvarietät ähnelt dem Pemphigus, unterscheidet sich jedoch von diesem durch den eigentümlich

entzündlichen und herpetiformen Charakter ihrer Efflorescenzen, durch die Tendenz zum Polymorphismus, durch die regellose und eigentümliche Evolution der Efflorescenzen und endlich durch ihre Ursache.

Dr. White stimmt mit den Konklusionen des Vorredners nicht ganz überein. Er möchte für die Bezeichnung „herpetiformis" besser „multiformis" gesetzt sehen, 1. wegen der grofsen Mannigfaltigkeit der Efflorescenzen und 2. wegen der Variationen, in welchen die Krankheit, namentlich bei verschiedenen Recidiven, an demselben Individuum sich äufsert.

Dr. Allen hält die Bezeichnung „herpetiformis" ebenfalls für nicht sehr glücklich und schlägt vor, die Krankheit als „Duhringsche Krankheit" zu benennen. — Derselbe beschreibt einen **Fall von Impetigo contagiosa universalis** bei einem kleinen Mädchen. Die Affektion begann als eine Rötung um die Vaccinationsnarbe. Vom Arm schritt die Affektion auf die Schultern und schliefslich auf alle Körperteile. Einige Blasen sind grofs und hinterlassen tief pigmentierte Flecken. Der ganze Prozefs erinnert lebhaft an Pemphigus und ist von anderen Autoren als Pemphigus contagiosus, epidemischer Pemphigus etc. beschrieben worden.

Die Behandlung, unter welcher die Affektion abheilte, bestand in Bepinselungen mit Ichthyolkollodium, welches einen vollständigen Verschlufs gegen die Aufsenluft bildete. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 38. Heft 2. 1897.

I. **Ein Fall von Hautaktinomykose mit grofsen Jodkaliumdosen behandelt,** von Adolf Kozerski-Warschau. Die 45jährige Patientin zeigt an der linken Wange eine dunkelrote, cyanotische, stark infiltrierte, die Form eines gleichseitigen, mit der Basis nach vorn gewendeten Dreiecks bildende Hautpartie. Hyperämie und Infiltration verlieren sich gegen die Peripherie hin allmählich. Die Haut über den affizierten Stellen ist leicht verschiebbar, mit den Knochen nicht verwachsen, glatt, glänzend, von mäfsig harter Konsistenz, nicht schmerzhaft, hier und da mit grofsen membranösen Schuppen bedeckt. Quer ungefähr durch die Mitte der Wange sieht man die oberen Hautschichten wallartig erhaben. Der so gebildete ca. 2—5 mm breite Wulst verläuft wellenartig, ist weich und deutlich fluktuierend. Die Sonde dringt leicht durch einige punktförmige Öffnungen in das Innere des Ganges bis zu seinen Endigungen hinein. Nach oben und unten fast bis zur Grenze der erkrankten Partie laufen in wellenförmigen Windungen kürzere, mit den anderen kommunizierende Fisteln. Dicker, gelblicher Eiter, welcher die Fistelgänge ausfüllt und ihnen eine graugelbliche Farbe verleiht, läfst sich durch zahlreiche punktförmige Öffnungen herauspressen. Die Untersuchung der Mundhöhle ergiebt, dafs fast alle Zahnkronen zerstört sind. Die Schleimheit selbst zeigt keine Veränderungen. Die Affektion verursacht der Patientin keine Schmerzen.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose, für die besonders Syphilis in Betracht kam, und die Therapie. In ganz auffallender Weise hat hier Jodkalium

Gutes geleistet. Nach dreiwöchentlicher Behandlung mit steigenden Jodkaliumdosen war die linke affizierte Wange vollständig frei von Infiltrationen und blafsrötlich gefärbt. An der Stelle der früheren Fisteln sieht man weifse flache Stränge, die teilweise das Aussehen einer Narbe haben, hart sind und sich durch eine in ihr Inneres eingeführte Pravazsche Spritze nicht mit Flüssigkeit füllen lassen.

Im Folgenden wird das Resultat der mikroskopischen Untersuchung des Fisteleiters und der Reinzüchtungsversuche mitgeteilt.

Die Schlufsfolgerungen aus seinen Beobachtungen hebt Verfasser in folgenden Sätzen hervor:

1. Bei reiner Infektion mit dem Aktinomycespilze ohne Teilnahme der gewöhnlichen eitererregenden Bakterien ist der Eiter, welcher dabei secerniert wird, nicht immer dünnflüssiger Konsistenz.

2. Der Aktinomycespilz ist im stande, allein, ohne Beimischung der gewöhnlichen Mikroorganismen, Eiterung hervorzurufen.

3. Die Einwanderung der gewöhnlichen eitererregenden Mikroorganismen in die Herde der Aktinomykose tötet nicht den Pilz derselben ab; im Gegenteil, es können Bedingungen durch dieselben hervorgerufen werden, welche die Entwickelung des Aktinomycespilzes begünstigen (mindestens, wenn die Körpertemperatur dabei nicht erhöht bleibt).

4. Die mikroskopische Untersuchung mittelst Methoden, nach welchen der Aktinomycespilz nicht gefärbt wird, kann in manchen Fällen der Aktinomykose unzureichend sein.

5. In Fällen, in welchen die Diagnose zwischen Aktinomykose und Syphilis tarda schwankt, ist es unzulässig, die Diagnose ex juvantibus zu stellen, besonders wenn Jodkalium zur Behandlung gebraucht wurde.

6. Angesichts der wachsenden Zahl der Fälle, in welchen das Jodkalium entweder definitive Heilung oder bedeutende Besserung herbeiführte, wäre es zweckmäfsig, in jedem Falle von Aktinomykose mit dieser Behandlungsmethode zu beginnen.

II. **Über Impetigo contagiosa vegetans, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Protoplasmas der Epithelzellen,** von K. Herxheimer-Frankfurt a. M. Die Wucherungen der Haut nach Blasen-, resp. Pustelerkrankungen sind zum ersten Male von Neumann im Jahre 1876 beschrieben worden. Sie bilden kein spezifisches Moment einer Krankheit und können deshalb auch nicht, wie dies einige Autoren beispielsweise beim Pemphigus vegetans annehmen, zur Aufstellung besonderer Erkrankungsformen Anlafs geben. In Übereinstimmung mit Kaposi glaubt Verfasser, dafs die Vegetationen nur eine Komplikation der primären Blasenerkrankung seien. Solche Wucherungen entstehen jedoch nicht nur auf der Basis von Blasen und Pusteln, sondern auch auf dem Grunde von Excoriationen der Haut oder excoriierten Papeln. Als weitere Stütze für die Nichtspecifität der Vegetationen beschreibt Verfasser drei Fälle von Impetigo contagiosa, zu der sich Wucherungen hinzugesellt hatten. Quecksilberpflaster und Zinkpasta wirkten in diesen Fällen gut.

Die mikroskopische Untersuchung der Wucherungen hat als wesentlichsten Befund Veränderungen in der Epidermis ergeben, die vorzüglich eine Zone mitten im Rete Malpighii betreffen. Diese Zone hebt sich, wie man schon bei schwacher Vergröfserung wahrnehmen kann, ziemlich scharf gegen die benachbarten Zelllagen dadurch ab, dafs in ihr blofs die Zellkerne sich tingiert haben, während das Protoplasma ungefärbt geblieben ist. Im Zentrum der Wucherung, also da, wo die Epidermis am stärksten ist, erreicht die Zone des veränderten Protoplasmas ihre gröfste Breite, während sie an der Peripherie derselben allmählich schmäler wird, um zuletzt vollkommen zu verschwinden.

Bei stärkerer Vergrößerung und Thionin-Oreeinfärbung bemerkt man, daß die Zone aus zwei Schichten besteht, von denen die untere 2—3, die obere 3—5 Zelllagen umfaßt. In der unteren Schicht ist das Protoplasma aller Zellen entweder garnicht oder mit Orcein in einer schmalen Randzone nur leicht rosa gefärbt. An vielen Stellen bemerkt man zwischen den Zellen kleinere und größere Lücken.

In der oberen Schicht ist das Protoplasma wenn auch schwach, so doch gleichmäßig mit Orcein gefärbt. Das Tinktionsvermögen der Kerne, die überall ihre Gestalt verändert haben, hat in beiden Schichten der Zone nicht gelitten.

Bei dem Versuche, diese in der Litteratur ganz ungewöhnliche anatomische Veränderung des Protoplasmas zu deuten, gelangt Verfasser unter Ausschluß der Annahme einer hyalinen Degeneration zur Ansicht, daß eine Einwirkung des bei den Wucherungen vorhandenen Ödems auf den Zelleib stattgefunden habe.

Die Frage, ob man das Vorhandensein des so eigentümlich veränderten Protoplasmas für die mikroskopische Diagnose verwerten könnte, beantwortet Verfasser dahin, daß man angesichts solcher Befunde berechtigt sei, Wucherungen der Haut nach Blasenerkrankung als vorliegend anzunehmen, da man ein Ödem, das so hochgradige Veränderungen in der Epidermis hervorrufe, bis jetzt nur nach Blasenerkrankungen der Haut kenne.

III. **Weitere Mitteilungen zur Pathologie der Hyphomykosen**, von L. Wahlsch-Prag. In der vorliegenden Arbeit behandelt der Verfasser die Anatomie der Pityriasis versicolor. Die Ergebnisse, welche er aus seinen anatomischen Untersuchungen über den Favus, die verschiedenen Formen der Trichophytosis und die Pityriasis versicolor erhalten hat, fast er in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Der Favus, die Trichophytosis und die Mykosis versicolor sind durch ihre klinischen Symptome scharf charakterisierte Krankheitsbilder.

2. Jeder dieser Krankheiten liegt als Erreger ein Pilz zu Grunde, welcher jeder für sich wohl charakterisiert, doch bezüglich seiner makro- und mikroskopischen Wachstumsform, Pathogenität und biologischen Verhaltens sehr variabel erscheint.

3. Der Pilz lokalisiert sich in den in Verhornung begriffenen oder bereits verhornten Schichten der Epidermis und ergreift auch, mit Ausnahme des Mikrosporon furfur die Anhangsgebilde der Haut (Haare, Nägel). Er verschont jedoch in den letzteren auch die saftreicheren Teile.

4. Die unter dem Stratum corneum befindlichen Epithelschichten bilden für den Krankheitserreger einen undurchdringlichen Wall.

5. In das Corium gelangt der Pilz nur auf dem Wege des erkrankten Follikels nach entzündlicher Auflockerung oder Zerstörung seiner Wände (Sykosis parasitaria).

6. Durch das Wachstum in der Haut ruft er verschieden hochgradige Entzündung hervor. Die beiden Endglieder der Reihe dieser verschiedenen Entzündungsgrade sind gegeben, einerseits durch geringe Hyperämie und Exsudation (Mykosis versicolor), andererseits durch schwere destruktive Entzündung mit Bildung tiefer, knotiger Infiltrate (Sykosis parasitaria).

7. Die Schwere der Entzündung, welche neben den makroskopisch sichtbaren Charakteren (der Bildung größerer Pilzrasen [Favusscutulum], des Abbrechens der Haare [Trichophytia capillitii], der Entstehung brauner lamellöser Schuppen [Mykosis versicolor]) das klinische Bild kennzeichnet, hängt ab von der Art des Pilzes, seiner Abstammung (Virulenz), der Empfänglichkeit der befallenen Hautpartie für die Pilzvegetation, sowie von ihrem normal-anatomischen Bau.

8. Die einer ätiologisch zusammengehörigen Krankheitsform zukommenden verschiedenen Krankheitsbilder rechtfertigen vermöge ihrer klinischen Eigenart ihre

strenge klinische Sonderung, wenn auch die ihnen zu Grunde liegenden, scheinbar sehr differenten Krankheitserreger sich auf eine einheitliche Grundform (Species) zurückführen lassen.

IV. Über einen Fall von multipler Hautgangrän, von M. Hintner-München. Der Verfasser teilt zunächst die spärlichen, bisher in der Litteratur publizierten Fälle von multipler Hautgangrän in ganz kurzen Auszügen mit und beschreibt dann einen analogen Fall aus seiner Praxis. Es handelt sich bei dem letzteren um ein 21jähriges, anämisches, nervös stark belastetes Mädchen, bei welchem nach einer Verbrennung an der linken Hand, zuerst auf den linken Arm beschränkt, dann aber multipel über den ganzen Körper verbreitet, unter heftigen, stechenden Schmerzen blasenartige Eruptionen kleinerer oder größerer Form auftreten. Im weiteren Verlaufe tritt bei den am linken Arm befindlichen Bläschen nach Entleerung des Inhalts eine Verfärbung des Grundes ein, er vertrocknet und es bildet sich dann ein Schorf; dieser fällt nach einer geraumen Zeit ab, nachdem er sich durch eine Demarkationsentzündung gelockert hat. Der Defekt heilt langsam mit Bildung von Narbenkeloiden. Bei den auf den übrigen Körperstellen auftretenden Blasen zeigt sich ein etwas anderes Bild. Die strotzend mit rein serösem und serös hämorrhagischem Inhalt gefüllten Blasen bersten nach kurzer Zeit (1—2 Tagen); dadurch wird nur das Corium frei gelegt, der Grund der Blase bedeckt sich mit Granulationen, und die Heilung erfolgt ohne Schorfbildung.

Eine Selbstbeschädigung glaubt Verfasser bei seiner Patientin ausschliefsen zu können und nimmt trophoneurotische Störungen als Ursache des Krankheitsprozesses an.

V. Histologische Studien über das Eccema marginatum (Hebra), von Eduard Spiegler-Wien. Über die pathologische Anatomie des Eccema marginatum sind bis jetzt eingehendere Untersuchungen nicht angestellt worden. Verfasser hat es deshalb unternommen, in einer Reihe von Untersuchungen die histologischen Verhältnisse näher kennen zu lernen. Das Resultat derselben wird folgendermafsen zusammengefafst:

Die Knötchen des Eccema marginatum kommen in mannigfacher Form vor.

1. Man findet Knötchen, deren Inhalt in toto aus spindelförmigen Zellen besteht.

2. In anderen Knötchen hat sich ein Teil des Inhaltes in ein Syncytium umgewandelt.

3. In einer dritten Form von Knötchen ist der ganze Inhalt in ein Syncytium umgewandelt.

4. Diese verschiedenen Formen stehen miteinander in genetischem Zusammenhange.

5. Das Syncytium besteht aus unverhornten Zellen, wie dies die Behandlung mit Kalilauge und die künstliche Verdauung bewiesen hat. Die Bildung des Syncytiums dürfte auf die Lebensfähigkeit des Pilzes zurückzuführen sein.

6. Synchronisch mit der Bildung des Syncytiums entsteht unter dem Knötchen successive eine neue Hornschicht, durch welche das Knötchen abgehoben wird.

7. An manchen Körperstellen sieht man zwischen dem Knötchen und der Körnerschicht einen schmalen Saum, der als „Stratum lucidum" anzusprechen ist, und zwar an Hautstellen, wo normalerweise diese Schicht fehlt. Dies kommt daher, dafs die Bildung der neuen Hornschicht aufserordentlich langsam vor sich geht.

8. Aufser den geschilderten Knötchen kommen noch solche vor, deren Inhalt aus geronnenem Exsudat besteht, in das ein zelliges Infiltrat und Zelltrümmer ein

gelagert sind. Dasselbe stammt aus der Cutis und dringt durch die erweiterten Spalträume in die Knötchen ein.

9. In solchen Knötchen sind einzelne Bezirke voneinander getrennt durch Hornbalken, die von der neuen Hornschicht zur alten verlaufen.

10. Der Pilz findet sich nur im Knötchen und dringt niemals ins Rete, beziehungsweise ins Corium ein.

VI. **Über die therapeutische Verwendbarkeit des Airols in der dermatologischen Praxis**, von J. S. Löblowitz-Prag. Der Verfasser teilt die Krankengeschichten derjenigen Fälle mit, bei welchen man in Prof. Picks dermatologischer Abteilung unter der Behandlung mit Airol sei es zu einem positiven oder negativen Resultate gekommen war. Die exulcerierte Initialsklerose wurde in der Weise behandelt, daſs das Geschwür energisch mit Äther und einem Antiseptikum (Sublimat 1:1000) gereinigt, dann kartenblattdick mit Airol bestreut wurde; darüber kam graues Pflaster. Diese Prozedur wurde zweimal täglich vorgenommen. Gewöhnlich am 2. oder 3. Tage war das Geschwür von jedem Belage frei. In den folgenden Tagen verminderte sich stetig die Sekretion; die Geschwüre erschienen rein, trocken, glänzend, wie mit Lack überzogen, ohne eine Spur von Granulationsbildung zu zeigen; in diesem Zustande verblieb das Ulcus durch kürzere oder längere Zeit; dann zeigten sich Granulationen, welche den Substanzverlust ausfüllten.

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen teilt Verfasser in folgenden Sätzen mit: Das Airol ist ein Antiseptikum, das für gewöhnlich vollständig ausreicht; bedarf man jedoch einer energischen, antiseptischen Wirkung, so wird man doch wohl zum Jodoform zurückgreifen müssen; dagegen ist das Airol ein ausgezeichnetes Adstringens, es ist ferner geruchlos und sehr billig. Aus diesen Gründen wird das Airol einen dauernden Platz in unserem Arzneischatze behalten, wenn es auch das Jodoform nicht ganz zu verdrängen im stande sein wird.

VII. **Notiz über angebliche Syphilis im Mittelalter**, von H. Vierordt-Tübingen. Verfasser weist nach, daſs die Angabe in Friedrich Schnurrers *„Chronik der Seuchen“* (Tübingen 1825), König Lothar sei am 12. März 988 an einer venerischen, nicht pestilentialischen Beule, welche ihm von seiner Gemahlin mitgeteilt worden war, gestorben, und ebenso die analoge Angabe in Proksch's *Geschichte der venerischen Krankheiten* (Bonn 1895) eine irrige sei. Schnurrer entnahm seine Stelle dem *„Abrégé chronologique de l'histoire de France“* des François Mezeray (Amsterdam 1688). Dort heiſst es: „Ce fut un grand malheur dans la maison royale et un plus grand encore de ce que Lotaire mourut le 12 jour de mars l'année suivante (988) de quelque mauvais boucon, qui luy avoit esté donné par sa propre femme. „Boucon“ ist aber kein Bubo, eine venerische Beule, sondern ein vergifteter Bissen. Es handelt sich bei dem vorliegenden geschichtlichen Faktum nicht um eine venerische Übertragung, sondern um eine wirkliche Vergiftung, um ein Verbrechen. Darauf weisen auch die nachstehenden Verse unter Lothars Bild in dem erwähnten Werk von Mezeray hin:

On ne peut arrester le cours des destinées;
J'estois religieux, brave, juste et prudent,
Et ne pus éviter le tragique accident
D'un boucon, dont ma femme accourcit mes années.

VIII. **Über Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart und die praktische Bedeutung des Gonococcus**, von E. Hammer-Stuttgart. Der Verfasser giebt einen Überblick über seine zweijährige Thätigkeit als Polizeiarzt und Vorstand der Prostituiertenabteilung in Stuttgart und besonders über die in diesem

Zeitraum auf dem Boden Neisserscher Anschauungen gewonnenen Erfahrungen. Er plaidiert dringend für gewissenhafte regelmäfsige mikroskopische Untersuchung des Urethral- und Cervikalsekretes aller der polizeiärztlichen Kontrolle unterstellten Dirnen. Von allgemeinem Interesse ist die Wahrnehmung des Verfassers, dafs der Gonococcus in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur bei ausgesprochen eiterigem Charakter des mikroskopischen Präparates vom Urethralsekret sich vorfindet, bei rein epithelialem aber fast niemals. Nur selten begegnet man Gonokokken in einer Mischung, in der die Epithelialzellen überwiegen. Wichtig ist das Verhältnis der Eiterzellen und Epithelzellen bei Feststellung der Heilung der Blennorrhoe. Unter dem Einflufs der Behandlung werden die Gonokokken meist bald nicht mehr nachweisbar, lange ehe die Blennorrhoe geheilt ist. Das einzig zuverlässige Kriterium für die Heilung der Urethralblennorrhoe ist nach der Überzeugung des Verfassers das, dafs mehrmals vollständiges Verschwinden der Eiterzellen aus dem mikroskopischen Präparate konstatiert worden ist.

Wir verweisen im Übrigen auf diese an interessantem statistischen Material reiche Arbeit des Verfassers. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte.

Braunschweig, 20.—25. September 1897.

Die unterzeichneten Mitglieder des Vorstandes der Abteilung für **Dermatologie und Syphilis** beehren sich, die Herren Fachgenossen zu der vom 20.—25. September hier stattfinden Jahresversammlung ergebenst einzuladen.

Wir bitten, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Mitte Mai bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen, da den allgemeinen Einladungen, welche von den Geschäftsführern Anfangs Juli zur Versendung gebracht werden, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beigegeben werden soll.

Für Mittwoch, den 22. September, ist von Seiten der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe des wissenschaftlichen Ausschusses eine gemeinsame Sitzung aller sich mit der Photographie wissenschaftlich beschäftigenden oder dieselbe als Hülfsmittel der Forschung benutzenden naturwissenschaftlichen und medizinischen Abteilungen in Aussicht genommen, für die Herr Prof. H. W. Vogel in Charlottenburg den einleitenden Vortrag über den heutigen Stand der wissenschaftlichen Photographie zugesagt hat. An denselben sollen sich Berichte über die von anderen Seiten gemachten Erfahrungen anschliefsen; auch soll eine Ausstellung wissenschaftlicher Photographien damit verbunden werden, deren Organisation Herr Prof. Max Müller hierselbst übernommen hat. Die Anmeldung von Mitteilungen für diese Sitzung und von auszustellenden Photographien erbitten wir gleichfalls bis spätestens Mitte Mai.

Zugleich ersuchen wir, uns etwaige Wünsche in Betreff weiterer gemeinsamer Sitzungen mit einzelnen anderen Abteilungen kundgeben und Beratungsgegenstände für diese Sitzungen nennen zu wollen.

Der Einführende:
Dr. med. Alfred Sternthal,
Wolfenbüttlerstrasse 58, II.

Die Schriftführer:
Dr. med. Hermann Heller, Sandweg 8, I.
Dr. med. Max Ziehl, Steinweg 26.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig 1.

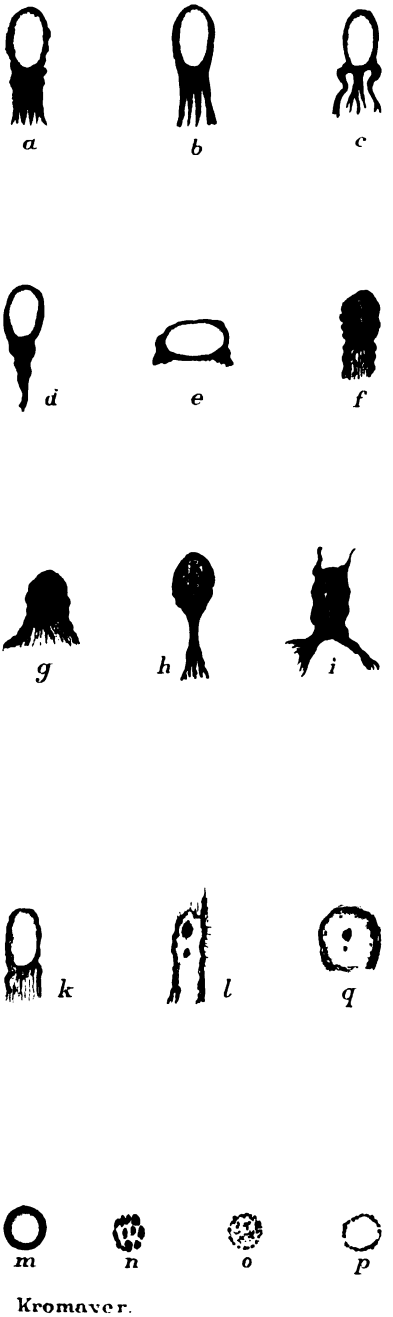
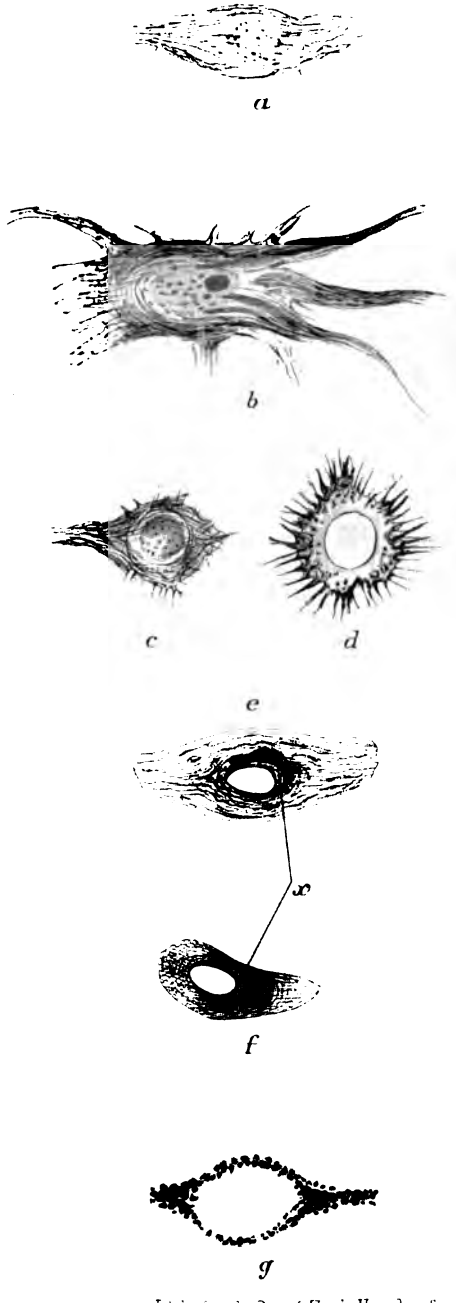


Fig. 2.



Kromayer.

Lithograph. Georg Zuck Hamburg

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 9. 1. Mai 1897.

Zur Epithelfaserfrage.

Von

Privatdozent Dr. Kromayer
Halle a./S.

(Mit Tafel X.)

Als es mir vor einigen Jahren gelungen war, das Epithelfasersystem der menschlichen Epidermis in ganzer Ausdehnung mittelst einer Modifikation der Weigertschen Fibrinfärbemethode prägnant zu färben,[1] begegnete ich anfänglich vielseitigem Widerspruch, dafs die von mir gefärbten Fasern Protoplasmafasern der Epithelien seien.

Herxheimer,[2] der als erster geschlängelte Fasern in der normalen Epidermis mit der Weigertschen Methode gefärbt und beschrieben hatte, gab zwar zu, dafs in meinen beim Leipziger Dermatologen-Kongrefs 1891 gezeigten Präparaten Epithelfasern vorhanden wären, dafs das aber nicht die von ihm beschriebenen Fasern seien. Eddowes[3] und Unna deuteten die geschlängelten Fasern, die vorzüglich in den unteren Schichten des Epithels verlaufen, als intercelluläres Fibrin, einer Ansicht, der auch Jadassohn[4] zuneigte, während Ehrmann[4] die in Rede stehenden Fasern unter sieben (!) verschiedene Rubriken mit noch einigen Unterabteilungen brachte und für alles mögliche hielt. Waren die Ehrmannschen Angaben schon von vornherein als auf einem Mangel an mikroskopischer Diagnostik und Beurteilung beruhend anzusehen, so war es doch schwer bei dem difficilen Färbeverfahren, das so verschiedene Resultate giebt, das Unzutreffende der übrigen mir entgegenstehenden Ansichten zu beweisen. Um so mehr bin ich erfreut, dafs ich durch Arbeiten von Beneke,[5]

[1] Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890 und Die Protoplasmafärbung der Epithelzelle. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 39.
[2] Über eigentümliche Fasern in der Epidermis. *Arch. f. Derm.* 1889.
[3] *Diese Zeitschrift.* Bd. XI. S. 89.
[4] *Verhandl. d. dtsch. derm. Gesellsch.* 1892. S. 307.
[5] *Verhandl. d. Gesellsch. dtsch. Naturf. i. Wien.* 1894.

Unna,[6] Herxheimer und Müller,[7] Schütz[8] und Rabl[9] dessen überhoben bin. Heute wird von diesen Autoren und, ich glaube, allseitig anerkannt und zugegeben, dafs alle in der normalen Epidermis mit dem Weigert-schen Verfahren darstellbaren Fasern dem Protoplasma der Epithelien angehören. Nur über die Bedeutung und die Lage der Fasern im Epitel-protoplasma bestehen Meinungsverschiedenheiten. Diese zu erörtern und einiges Neue hinzuzufügen, ist der Zweck des Nachfolgenden.

Die Differenzen betreffen folgende Punkte:

1. Die geschlängelten und korkzieherartig gewundenen Fasern, die wesentlich in der Cylinderzellenschicht vorkommen, sind gar keine Fasern, sondern Zellkonturen (Herxheimer).

2. Die Fasern der Stachelzellenschicht verlaufen nur in der Peripherie der Zelle, und dringen — entgegen früherer Annahme (Ranvier, Blaschko, Kromayer) — nicht in das Innere des Protoplasmas ein (Beneke, Schütz).

3. Die Fasern zerfallen nicht, sondern erhalten sich im Stratum granulosum (Unna, Rabl).

Bevor ich an die Besprechung dieser drei Punkte gehe, mufs ich vorausschicken, dafs mir die Differenzen wesentlich durch eine verschiedene Technik entstanden zu sein scheinen. Ich halte für eine conditio sine qua non einer guten Epithelfaserfärbung, dafs nur ganz dünne Schnitte von 0,005 bis 0,0025 mm entsprechend einem halben bis einem viertel Teilstrich des Schanzschen Mikrotoms benutzt werden. Nur an solch' dünnen Schnitten, welche die einzelnen Epithelzellen isoliert und nicht überdeckt von benachbarten Epithelzellen zeigen, und die von vielen Epithelzellen scheibenförmige Durchschnitte von weniger als Kernesdicke aufweisen, läfst sich mit Sicherheit der Aufbau des Protoplasmas studieren. Es kommt noch eins hinzu. Bei diesen dünnen Schnitten sind die Farbresultate ganz andere, als bei den dicken. Während bei jenen das ganze verschlungene Fasersystem sich prägnant färben läfst und doch klar im Verlauf erscheint, ist schon bei einer Schnittdicke von 0,01 mm das Fasergewirr so grofs und das Präparat so dunkel, dafs man nichts erkennen kann. Um hier deutlich zu sehen, mufs stärker entfärbt werden; ein Teil der Faserung entfärbt sich und ein anderer tritt nun deutlich hervor und kann jetzt klare, oft wunderbar schöne, aber natürlich irreleitende Bilder geben, wie das Herxheimer in seiner erster Arbeit, ebenso Eddowes und Jadassohn bewiesen haben. Wer an Schnitten und mit Färbemethoden die Struktur des Protoplasmas der Epithelzellen

---

[6] *Diese Zeitschrift.* Bd. 19. S. 2.
[7] *Arch. f. Derm.* Bd. 36. S. 93.
[8] *Arch. f. Derm.* Bd. 36. S. 111.
[9] *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 48. S. 430.

studieren will, der muſs dünne Schnitte von 0,0025 bis höchstens 0,005 machen. Um aber überhaupt die Fasern blau gefärbt zu sehen und sich oberflächlich zu orientieren, sind dicke Schnitte sogar geeigneter und bequemer zu färben (UNNA).

1. Die geschlängelten und korkzieherartig gewundenen Fasern, die wesentlich in der Cylinderzellenschicht vorkommen sind gar keine Fasern, sondern Zellkonturen. Zu diesem Resultate sind HERXHEIMER und MÜLLER durch eine neue WEIGERTsche Methode der Neurogliafärbung gelangt, die sich wesentlich dadurch von der Fibrinfärbemethode unterscheidet, daſs vorher eine anscheinend komplizierte Metallbeize der Präparate stattfindet.[10] Dies veränderte Färbeverfahren ist indessen für die Entscheidung der Frage von untergeordneter Bedeutung, da die mit demselben dargestellten geschlängelten Fasern, die Zellkonturen sein sollen, mit den durch die Fibrinfärbemethode dargestellten identifiziert werden. Was meint nun HERXHEIMER mit Zellkontur? Da diese gefärbt sein soll, kann sie ein mathematischer Begriff nicht sein, sondern doch wohl nur die äuſserste Peripherie des Zellprotoplasmas, und da er sie im Gegensatz zu Fasern setzt, so muſs sie also faserlos sein; also die „Zellkontur" ist ein faserloser Zellmantel, Zellmembran, die die Zelle nach auſsen abgrenzt. Gut, aber die HERXHEIMER-MÜLLERschen Figuren stimmen damit nicht überein. Figur 1, Tafel IV, (l. c.) giebt nach dem Text einige Cylinderzellen aus einem spitzen Condylom nach Karminvorfärbung, bei denen man allerdings nicht eruieren kann, ob die rotgefärbten, unregelmäſsigen Ovale mit Kernkörperchen Kerne oder ganze Zellen sein sollen. Bei Lithionkarminfärbung (mit Differenzierung) lassen sich die Kerne deutlich vom Protoplasma unterscheiden; nach dem Text (S. 100) und Erklärung der Abbildung sollen es aber Zellen sein. Das lieſse sich als Zeichenfehler ansehen und wäre belanglos, wenn nicht in Figur 2 und 3 die roten Flecke auf einmal Kerne bedeuten sollten und hier das Protoplasma farblos wäre. Dadurch kommt eine direkte Täuschung zu stande. Im einen Falle begrenzt die blaue „Kontur" das Protoplasma, im anderen den Kern. Aber auch abgesehen davon, die Figur 1 bedingt in sich einen Widerspruch, wenigstens im Zusammenhange mit dem Text. Die Ränder der roten Ovale, die Cylinderzellen bedeuten sollen, sind mit einer scharfen blauen gewellten Linie begrenzt; das soll die Zellkontur, die Zellmembran sein; wo bleibt aber diese in der Mitte der roten Ovale? Existiert an der dem mikroskopischen Beschauer zugekehrten Seite der Cylinderzellen keine Membran? Oder wäre sie dort fein säuberlich gerade weggeschnitten worden? Statt der Membran sehen wir zierliche Fasern, die aber nicht Membran, sondern Protoplasmafasern sein sollen, die also

[10] *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXVI. S. 98.

unter der Membran liegen sollen, wie das Figur 3 und der Text beweisen. Also ein absurdum. Für jeden, der auch im mikroskopischen Schnitt körperlich sehen gelernt hat, wird von vornherein die Figur 1 dahin auffassen, dafs die blaue Grenzkontur der ovalen Flecke der optische Ausdruck der feinen, über den roten Fleck laufenden blauen Linien ist. Ein Globus, nur durch Meridiane aus Draht verkörpert, kann aus der nötigen Entfernung von der Äquatorialebene aus betrachtet, das gesagte veranschaulichen, die „Kontur" des Globus, der als Kreis erscheint, wird scharf und dick markiert sein, während die Kreisfläche von feinen Linien, den Meridianen, durchzogen wird.

Sollte man aber annehmen der Widerspruch beruhe auf einem weiteren Zeichenfehler der Figur 1, so müfste doch das Verhältnis von „Kontur" und Fasern auf den Querschnitten in Figur 2 und Figur 3 klar werden: Die Kontur müfste da als äufserer Kreis erscheinen, innerhalb dessen die Querschnitte der Fasern ebenfalls kreisförmig angeordnet lägen, entsprechend der Profilansicht der Figur 1. Aber weder in Figur 2 noch in 3 ist davon etwas zu sehen, nur der Kreis als Kontur ist da, in Figur 2 fehlen die Fasern ganz, in Figur 3 sind sie auf eine Stelle zusammengerückt, während die Kontur an der anderen Stelle direkt den Kern zu umgrenzen scheint.

Die Widersprüche der drei Figuren untereinander und mit dem Texte lösen sich, wenn man annimmt, dafs „Kontur" und Fasern dasselbe sind, nur von verschiedenen Seiten gesehen, und dafs die Zeichnungen nicht ganz naturgetreu geraten sind, beeinflufst von dem, was sie beweisen sollen. Das werden noch deutlicher die folgenden Ausführungen über die Gestalt und Struktur der Cylinderzelle erweisen.

In Figur 1 *a* bis *e* Tafel X sind fünf Cylinderzellen aus der menschlichen vola manus abgebildet, in denen nicht die Fasern, sondern das ganze Protoplasma gefärbt ist, was leicht an ganz dünnen Schnitten (0,002 bis 0,0025 mm dick) durch die Epithelfaserfärbung (modifizierte WEIGERTsche Färbung) zu erreichen ist, wenn man möglichst dünnes Anilinxylol (1:4) benutzt. Alle fünf Epithelzellen sind so getroffen, dafs die Kernhöhle durch beide Schnittflächen eröffnet sind, der Kern ist aus der Kernhöhle herausgefallen und ist in der Zeichnung nur der Deutlichkeit der Figur halber hineingezeichnet. Das Protoplasma bildet um den Kern einen schmalen Saum, der in der Zeichnung wohl noch etwas zu dick ausgefallen ist. Nach unten erstreckt sich das Protoplasma in gröfserer Masse zunächst einheitlich, dann (wie schon lange bekannt) in Fortsätze gespalten, die in die Cutis eingreifen. Einige Abweichungen von dem normalen Typus ab bieten die Figuren *c*—*e*. Die Konturen (mathematisch) sind teils glatt *(b)* teils mehr oder weniger geschlängelt *(a, c, d)*. Bei stärkerer Entfärbung (Anilinxylol 1 : 3 bis 1 : 2) treten nun die einzelnen

Protoplasmafasern heraus und erhält man Bilder wie in *k*. Feine Fäserchen ziehen hinauf zum Kern, wo sie teils enden, teils den Kern von beiden Seiten umspinnen. Die feinen Fäserchen verlaufen also in den protoplasmatischen Fortsätzen *(a, b, c)*. Ich habe sie Haftfasern genannt, mit denen die Zelle in der Cutis festhaftet.

Etwas anders gestaltet sich das Bild, wenn die ganze Cylinderzelle im Schnitt liegt (Fig. 1 *g—i*). Der Kern wird von aufwärtsziehenden Fasern umsponnen, die in der Mitte der Zelle einzeln zu erkennen sind, an den Rändern des Kernes aber für das Auge zu einem stärkeren Strang mehr oder weniger verschmelzen, da sie für das Auge des Mikroskopikers hintereinander liegen; das ist die „Kontur" Herxheimers und seine früheren Spiralfasern. Zum besseren Verständnis habe ich in Fig. 1 *m—p* den Querschnitt einer Cylinderzelle *a* und *f* in der Höhe des Kernes und der Protoplasmafortsätze gezeichnet, um durch Vergleich dieser mit der Profilansicht die optische Täuschung der Profilansicht sicher zu stellen. Also die starken gewundenen Fasern, die zu beiden Seiten (vom Beschauer aus) der Cylinderzellenkerne hinziehen, stellen in den meisten Fällen nicht eine einheitliche Faser, sondern die Summe mehrerer dicht hintereinander liegender Fasern dar.

Es kommt noch hinzu, dafs diese zu Seiten des Kernes lagernden Fasern die Farbe gegenüber dem Anilinxylol noch fest halten, wenn schon die über dem Kern (vom Beschauer aus) liegenden Fasern entfärbt sind.

Es ist das eine Eigentümlichkeit des Färbeverfahrens, dafs überall dort, wo im Schnitte die Fasern dichter übereinanderliegen, die Entfärbung eine geringere ist, wie das auch durch die relativ stärkere Färbung dickerer Stellen desselben Schnittes hervortritt (die meisten Schnitte sind an einzelnen Stellen verschieden dick). Man sieht daher häufig Bilder (von Cylinderzellen) wie in Fig. 1, *l*. Die in ihrer Totalität im Schnitt liegende Cylinderzelle zeigt nicht mehr die über dem Kern liegenden Fasern, sondern nur die Fasern zu Seiten des Kernes gefärbt, die bei flüchtigem und häufig auch bei genauem Zusehen als eine einheitliche Faser imponieren.

Der Kern der Cylinderzellen wird direkt von Protoplasmafasern umschlossen, zwischen Kern und Fasern liegt nicht etwa eine Zone faserlosen Protoplasmas. Das ist wenigstens die Regel. Nur ganz selten trifft man einen eigenartigen Zelltypus in der normalen Epidermis des Menschen, bei dem die Cylinderzelle kugelartig aufgebläht erscheint, und zwischen Kern und Fasergeflecht eine faserlose Protoplasmaschicht liegt (Fig. 1, *q*). Die Bedeutung dieser Zelle werde ich in einer späteren Arbeit erörtern.

2. Die Fasern der Stachelzellen verlaufen nur in der Peripherie der Zelle und dringen entgegen früherer Annahme (Ranvier, Blaschko, Kromayer) nicht in das Innere des Protoplasmas (Beneke, Schütz).

Als ich auf der Wiener Naturforscherversammlung zum erstenmal diese Ansicht von Beneke vorgetragen hörte, war ich so überrascht davon und bemüht, Gründe zu finden, die sie zu widerlegen im stande wären, dafs ich mir leider seine aufgestellten Präparate nicht sorgfältig darauf angesehen habe, was in ihnen Beneke zu dieser Ansicht geführt hat. Erst später dämmerte es mir, aber erst, als ich die Arbeit von Schütz gelesen und seine Zeichnungen gesehen habe, glaube ich es zu wissen. An den Präparaten von Beneke und Schütz sind wohl thatsächlich nur die oberflächlich peripher im Protoplasma verlaufenen Fasern gefärbt, aber die tieferen den Kern umschliefsenden nicht gefärbt. Das indes ist noch kein Beweis, dafs diese nicht existieren. Es kann an der Färbemethode liegen, dafs sie nicht gefärbt und deshalb nicht sichtbar sind. Bei den dicken Schnitten, die Schütz benutzt (0,01 mm) halte ich eine vollkommene Protoplasmafärbung für ausgeschlossen; da der Schnitt dabei undurchsichtig ist, mufs man, um überhaupt etwas zu sehen, stärker entfärben, und nun entfärben sich die inneren um den Kern gelegenen Protoplasmaschichten zuerst, während die äufseren die Farbe zurückhalten. Ich arbeite immer an Schnitten unter 0,005 mm, und konnte mir daher die differente Auffassung von Beneke nicht erklären, da ich ganz andere mir einwandsfrei scheinende Resultate erhalten hatte. An dicken Schnitten habe ich jetzt dieselben Bilder wie Beneke und Schütz erzielt. Man kann, wie Schütz auch bemerkt, sehr deutlich mit der Mikrometerschraube die oberflächliche Lage der Fasern konstatieren. Ich gebe von solchen Zellen mit oberflächlich gefärbten Fasern zwei Abbildungen (Fig. 2, *a*, *b*), deren Oberflächlichkeit ich auch in der Zeichnung auszudrücken versucht habe. In Fig. 2, *c* erkennt man eine Zelle mit oberflächlicher und tiefer Faserung, während die Figuren *e* und *f*, die grofse Stachelzellen zeigen, deren Kernhöhle von den beiden Schnittflächen eröffnet ist, mit Evidenz beweisen, dafs die Faserung das ganze Protoplasma durchzieht und vor allem den Kern rings umspinnt. Ganz vorzugsweise eignen sich diejenigen Epithelzellen zum Studium des Faserverlaufes, die grofs sind und viel Protoplasma haben, die der Epidermis der planta pedis und palma manus. Hier kann man sich mit Leichtigkeit — an dünnen Schnitten — von diesen Verhältnissen überzeugen. Viel schwieriger ist es bei der Epidermis unserer übrigen Haut. Die Stachelzellen haben verhältnismäfsig grofse Kerne resp. Kernhöhlen, sodafs das Protoplasma uns als ein dünner Hof um diese erscheint und die Protoplasmafasern schwieriger in schöner Isolation darstellbar sind. Ich glaube nicht fehl zu gehen, dafs Schütz und Beneke an dieser Epidermis gearbeitet haben, die durch die Beschaffenheit ihrer Zellen der Ansicht von einem oberflächlichen Verlauf der Fasern weiteren Vorschub geleistet hat. Nur an einem Objekt[11] habe

[11] Ich beziehe mich hier nur auf die normale Epidermis des Menschen.

ich gefunden, dafs die Stachelzelle der Fasern im Innern des Protoplasmas entbehrt, an dem jungen äufsersten Epithelsaum, der sich vom Wundrand über die granulierende Wundfläche schiebt. Dessen Zellen sind durch lange Stachel ausgezeichnet, die indessen in der Peripherie der Zelle zu enden scheinen (Fig. 2, *d*). Beim Festerwerden des Epithelsaumes bilden sich indessen auch hier Fasern im Innern des Protoplasmas aus.

Es kommt noch hinzu, dafs SCHÜTZ aufser mit der modifizierten WEIGERTschen Fibrinfärbemethode noch mit anderen Methoden gearbeitet hat: Hämatoxylin-BENDA und HEIDENHAIN, Pikrinsäure-Fuchsin, Eisenkarmin-ZACHARIAS, schliefslich mit einer von ihm angegebenen Hämatoxylin-Pikrin-Eisen-Methode (l. c. S. 119) und sich an diesen seine Ansicht gebildet hat. Alle diese Färbemethoden, ebenso die von UNNA[12] angegebenen und die Safraninjodmethode REINECKES färben vorzugsweise die Stacheln und die oberflächlich verlaufenden Fasern, während sie nicht im stande sind, die im Innern des Protoplasma laufenden Fasern zu differenzieren, was übrigens auch UNNA (l. c.) hervorhebt.

Eine schöne Differenzierung von faserlosem Protoplasma und Fasern derart, dafs beide Teile deutlich gefärbt sind, erreicht man bei meiner (modifizierten WEIGERTschen) Färbungsmethode dadurch, dafs man mit Saffranin vorfärbt (starke wässerige Lösung). Die Methylviolettanilinlösung darf dann allerdings nur so lange auf den Schnitt wirken, bis die rote Safraninfärbung eben verschwunden und der Schnitt blau erscheint, was bei dünnen Schnitten einige Sekunden dauert, da bei zu langer Einwirkung der Methylviolettlösung das Safranin aus dem Schnitte ganz ausgezogen wird. Dieser Moment hängt nicht nur von der Stärke beider Farblösungen sondern auch von der Dicke des Schnittes ab, er mufs ausprobiert werden. Bei gelungener Färbung erhält man wunderbar zierliche Präparate: roten Kern mit blauen Kernkörperchen, und rosa Protoplasma mit blauen Fasern — in denen nun auch die Grenzen der einzelnen Epithelien durch das rosa gefärbte Protoplasma deutlich hervortreten. Solche Präparate geben alle nur wünschenswerte Sicherheit über den Faserlauf im Protoplasma.

3. Die Fasern zerfallen nicht, sondern erhalten sich im Stratum granulosum (UNNA, RABL).

Ich hatte in meiner Habilitationsschrift[13] die These aufgestellt, dafs die Epithelfasern im Stratum granulosum zu Keratohyalin zerfallen. Diese These ist vielfach angegriffen worden. Ich mufs auch gestehen, dafs ich sie heute nicht ganz aufrecht erhalte oder vielmehr, dafs ich damals das,

---

[12] l. c.

[13] Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis. *Arch. f. Dermat.* 1890.

was ich eigentlich sagen wollte, nicht ganz prägnant ausgedrückt habe. Ich möchte sie heute so interpretieren: 1. In dem gut ausgebildeten Stratum granulosum der Planta pedis und Vola manus, das mindestens zwei Reihen Körnerzellen enthält, lassen sich keine Fasern nachweisen, wie sie im Protoplasma der Stachelzellen vorkommen; 2. das Verschwinden der Faserung der Stachelzelle geht dort Hand in Hand mit dem Auftreten reihenförmig angeordneter Körner, so dafs der Schluſs gestattet, dafs das Material der Fasern mit zur Bildung der an ihrer Stelle auftretenden Körner beigetragen hat. Dabei soll nicht ausgeschlossen sein, dafs nicht vielleicht auch andere Bestandteile der Zelle zur Entstehung von Keratohyalin mitwirken, oder auch vielleicht allein Keratohyalin hervorbringen können. Zu diesen Einschränkungen meiner damaligen These werde ich durch die Erfahrung geführt, dafs das Keratohyalin sowohl in seinem Auftreten, wie in seinen Färbeverhältnissen sehr unbeständig ist. Karmin, Hämatein und Anilinfarbstoffe färben es häufig durchaus ungleichmäſsig und eines kann vollkommen versagen, während das andere prägnante Färbung erzielt. Es ist daher auch das Keratohyalin, welches sich mit Pikrokarmin färbt, nicht ohne weiteres zu identifizieren mit dem durch Hämatein oder einem anderen Farbstoff gefärbten Keratohyalin. Auch im Auftreten an der Grenze der Hornschicht ist das Keratohyalin sehr unregelmäſsig, gewöhnlich tritt es in Form von Körnern, nicht selten aber auch gleich in runden Gebilden, scheinbar in Tropfen, die vielleicht mit dem Eleidin des Stratum lucidum identisch sind, auf; das ist zum Teil der Fall in der Epidermis unserer Körperoberfläche, in der ja, wie bekannt, das Keratohyalin überhaupt in wechselnder Menge angetroffen wird, vom gänzlichen Fehlen und einigen Körnern bis zum vollen Angefülltsein der Zelle.

Hier habe ich auch Keratohyalin zwischen Protoplasmafasern angetroffen. Allerdings handelte es sich dann stets nur um wenige Körner, die aufserdem durch ihre runde Gestalt sehr an Tropfen erinnerten. In gleicher Weise habe ich auch Keratohyalin in stark verhornten Schleimhäuten (Maul von Pferd, Ochse, Schaaf) und ebenso bei pathologischen Prozessen (chronischem Ekzem, Psoriasis, Lichen planus etc.) zwischen Epithelfasern gesehen, so dafs ich den Satz „Keratohyalin ist ein Zerfallsprodukt der Epithelfasern", nicht mehr in der Allgemeinheit für ganz richtig oder vielmehr nicht für bewiesen erachte. Um so mehr halte ich aber daran fest, dafs in dem Objekte, von dem meine damaligen Untersuchungen ausgingen, von der Planta pedis und Vola manus, wo die Körnerzelle voll ausgebildet ist, die Verhältnisse zwischen Keratohyalin und Protoplasmafasern richtig von mir geschildert sind. Auch bisher ist es mir mit keiner der vielen Faserfärbemethoden gelungen, Fasern in den voll ausgebildeten Körnerzellen nachzuweisen, ein Resultat, zu dem

übrigens auch Herxheimer (wenigstens mittelst der Weigertschen Methode) gelangt ist; im Gegenteil, ich halte den ganz allmählichen Übergang der Faserung in die Körnung — an dünnen Schnitten und bei guter Färbung — für so deutlich, dafs mir ein Zweifel gar nicht zulässig erscheint. Nur eine Einschränkung sei noch gemacht: ob das durch die Weigertsche Färbung dargestellte Keratohyalin, das so deutlich aus der Masse der Fasern hervorgeht, alles Keratohyalin der Zellen ist, oder ob nicht etwa noch anderes durch Hämatein und Karmin darstellbares neben diesen vorhanden ist, das eine andere Entstehungsart (aus Kern oder Protoplasma) hat, das will ich weder behaupten noch verneinen.

Unna ist in seinen Faserfärbungen anscheinend glücklicher gewesen als ich; er schreibt Seite 76[14]: „Kromayer hat sogar in neuerer Zeit die These aufgestellt, dafs die Keratohyalinkörner aus den Epithelfasern hervorgehen. In der Körnerschicht sollen anstatt der letzteren ihre Zerfallsprodukte auftreten — die Keratohyalinkörner. Ich kann diese Theorie so wenig unterschreiben, wie die von Mertsching, welcher in den Körnern lediglich Zerfallsprodukte des Kernes sah. Ich gebe zu, dafs es an Epithelfaserpräparaten häufig den Anschein hat, als wenn die Epithelfasern sich in gröbere Körner der Körnerzellen direkt fortsetzten. Bei geeigneten Modifikationen der Färbung kann man aber einerseits konstatieren, dafs die Epithelfasern während der Verhornung persistieren, also in den Körner- und Hornzellen ebensowohl vorhanden sind, wie in den Stachelzellen, und andererseits, dafs die groben unregelmäfsigen verklumpten Netze der Körner gewisser Bilder durch gleichzeitige Färbung der Fasern und des zwischen ihnen liegenden Kornes erzeugt werden. Beim Übergang von den Körnerzellen zu den basalen Hornzellen sieht man das Epithelfasernetz wieder rein hervortreten, indem im selben Moment die Keratohyalinkörner wieder unfärbbar werden".

Hier steht anscheinend Beobachtung gegen Beobachtung. Es wäre daher sehr wünschenswerth, wenn Unna sich näher erklärt hätte 1. von welchem Objekt er seine Untersuchungen gemacht und 2. welches die „geeigneten Modifikationen der Färbung" sind? Am meisten erstaunt aber hat mich, dafs Unna „beim Übergang von den Körnerzellen zu den basalen Hornzellen das Epithelfasernetz wieder rein hervortreten sieht". Nach meiner Anschauung ist es räumlich unmöglich, das vielverschlungene Netz der grofsen Stachelzelle — auch wenn es erhalten bliebe — in der platten verhornten Zelle des Stratum lucidum wieder hervortreten zu sehen, ich habe aber auch nie nur die Andeutung davon gesehen. Sollte aber Unna die schon so viel von Kölliker, Zander, mir und zuletzt wieder von Rabl besprochene und diskutierte Streifung der verhornten Zellen meinen,

[14] *Diese Zeitschrift.* Bd. XX.

so ist das etwas anderes. Wer diese Streifung mit dem Fasernetz der Stachelzelle auch nur ähnlich findet, der hat, glaube ich, noch nie das innere Fasernetz der Stachelzelle, sondern, wie Beneke und Schütz nur das oberflächliche periphere gesehen, mit dem jene Streifung eine entfernte Ähnlichkeit haben mag. Diese Vermutung wird mir durch die letzte Arbeit über diesen Gegenstand von Rabl bestätigt. Er giebt drei ganz richtige Abbildungen von der Streifung verhornter Zellen (Taf. XX, Fig. 23, 24 und 50), aber eine ganz ungenügende (ich will nicht sagen falsche) Abbildung von dem Faserverlauf einer Stachelzelle der Sohlenhaut nach Weigert gefärbt (Tafel XIX, Fig. 1), aus der zu schliefsen ist, dafs er den Faserverlauf im Innern der Stachelzelle nicht kennt. Auch er identifiziert die Streifung der Hornzellen mit den Fasern der Stachelzelle.

Ich glaube daher, dafs die sonst nicht gut erklärbaren Differenzen zwischen Unna, Rabl und mir über das Vorhandensein eines Fasersystems in den Körnerzellen durch die mangelnde Kenntnis des Fasernetzes in der Stachelzelle entstanden sind, die wieder eine Folge der Benutzung zu dicker Schnitte[15] ist. Es ist also hier dieselbe Ursache der Differenzen, wie in der Frage nach dem oberflächlichen oder tieferen Verlauf der Fasern: die Dicke der Schnitte.

Über die Streifung der Hornzellen kann ich meine früher ausgesprochene Ansicht, dafs sie ein Produkt der Härtungsflüssigkeit ist, trotz der Ausführungen Rabls nicht ändern; zeigt doch auch seine Abbildung des Chromsäurepräparates (Taf. XX, 25), eine viel stärkere Streifung wie des Alkoholpräparates (Taf. XX, 23), die übrigens nach der Zeichnung zu urteilen ganz oberflächlich im Hornmantel zu liegen scheint, ebenso wie die gefärbte Streifung der Fig. 24. Jedenfalls erinnern diese Streifungen der von oben gesehenen platten Hornzellen nicht im entferntesten an das innere Fasersystem der Stachelzellen.

Die von Mertsching,[16] Ernst,[17] Rabl, zum Teil auch von Unna vertretene Ansicht, dafs Keratohyalin aus dem Kern stamme, halte ich aus den eintretenden Veränderungen des Kernes in den Körnerzellen und der Thatsache, dafs das Keratohyalin meist in der Nähe des Kernes auftritt, nicht für bewiesen, aber auch durch eine direkte Kritik nicht für widerlegbar, obgleich die Deduktionen besonders die von Ernst stellenweise sehr gezwungen sind. Ganz ungenügend wird indessen durch diese Genese des Keratohyalins aus dem Kern seine reihenförmige Anordnung erklärt, die nur im Zusammenhang mit den Protoplasmafasern eine befriedigende

[15] Unna schneidet nur in Celloidin und kann daher Schnitte unter 0,01 wohl nicht erreichen.

[16] Histologische Beiträge über Keratohyalin und Pigment. *Virchows Arch.* Bd. 116.

[17] Studien über die normale Verhornung mit Hülfe der Gorkschen Methode. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 47. Heft 4.

Deutung erhalten kann. Ferner besitzen wir im Kondylom eine Verhornungsanomalie, die der Theorie der Kerngenese des Keratohyalins direkt widerspricht und ihr zum mindesten den Anspruch auf Allgemeingültigkeit nimmt. In meiner Arbeit: Die Protoplasmafaserung der Epithelzellen schrieb ich: „Weiterhin kommt bei spitzen Kondylomen eine eigentümliche Anomalie der Verhornung vor. Während an vielen Stellen die Epithelien regelrecht unter Bildung von Keratohyalin den Verhornungsprozefs durchmachen, bildet sich an anderen Stellen schon in den tieferen Zelllagen eine Kernhöhle aus, die unter Atrophie des Kernes sich weiter ausdehnt, alle Fasern nach der Peripherie der Zelle drängt, sodafs schliefslich ein Netzwerk entsteht, dessen Balken aus den Fasern zweier benachbarter Zellen besteht (Fig. 5). Das eigentümliche Bild wird noch befremdender, wenn, wie das teilweise vorkommt, die Fasern zu Keratohyalin zerfallen und das Keratohyalin in netzförmiger Anordnung die atrophierten Kerne maschenweise umspinnt." Ich habe seit jener Zeit wiederholt bei Untersuchung spitzer Kondylome diese Verhältnisse, die in der damaligen Arbeit durch Zeichnung (Taf. VII, Fig. 5) wiedergegeben sind, bestätigen können, dabei aber gefunden, dafs die „Kernhöhle", die ich damals für leer hielt, bei anderen Färbungen (z. B. der Weigertschen Färbung ohne Behandlung der Schnitte mit Jodkalium) deutlich einen protoplasmatischen Inhalt aufweist, der meistens die „Kernhöhle" unvollständig (infolge der Härtung und Schrumpfung) ausfüllt. (Fig. 2, *g*.)

Das Keratohyalin liegt hier reihenförmig in der äufsersten Peripherie der Zelle ohne dafs das den Kern direkt umgebende Protoplasma Keratohyalin aufweist. Hier wird selbst die rein theoretische Deduktion, dafs das Keratohyalin aus dem Kerne stammt, auf Schwierigkeiten stofsen.

Figurenerklärung.

Fig. 1. *a—e*. Durchschnitt *e* durch Cylinderzellen aus der vola manus mit Färbung des ganzen Protoplasmas.

f—i. Ganze Cylinderzellen mit Färbung der Protoplasmafasern.

k. Durchschnitt durch eine Cylinderzelle mit Färbung der Protoplasmafasern.

l. Ganze Cylinderzelle mit isolierter Färbung der seitlichen Fasern. (s. S. 453.)

m. Horizontaler Durchschnitt durch die Cylinderzelle *a* in der Höhe des Kernes.

n. Horizontaler Durchschnitt durch die Cylinderzelle *a* in der Höhe der Protoplasmafortsätze.

o. Horizontaler Durchschnitt durch die Cylinderzelle *l* in der Höhe der Protoplasmafasern.

p. Horizontaler Durchschnitt durch die Cylinderzelle *l* in der Höhe des Kernes.

q. Geblähte Cylinderzelle mit peripher gelagerten Protoplasmafasern s. S. 453).

Fig. 2. *a.* Stachelzelle aus einem spitzen Kondylom, mit oberflächlichem Faserverlauf.
b. Hypertrophische Stachelzelle aus einem Karcinom, mit oberflächlichem Faserverlauf.
c. Stachelzelle aus einem spitzen Kondylom, mit oberflächlichem und tiefem Verlauf der Faserung.
d. Stachelzelle ohne Faserung im Innern des Protoplasma. (s. S. 455.)
e. Stachelzelle aus der unteren Lippe des Pferdemauls.
f. Stachelzelle aus der vola manus. Bei beiden ist die Kernhöhle von beiden Schnittflächen eröffnet, der Kern herausgefallen; bei *d* sieht man die Wand der Kernhöhle. Figur *f* ist ist in der Faserung zu schematisch ausgefallen.
g. Körnerzelle aus einem spitzen Kondylom. (s. S. 459.)

Über die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten.

Klinisch-statistische Beiträge.

Von

Prof. Domenico Majocchi,
Direktor der dermosyphilopatischen Universitätsklinik zu Bologna.

In Fortsetzung meiner Studien über die Anwendung des Jodols in der Therapie einiger venerisch-syphilitischer Krankheiten kam mir der Gedanke, es in einer besonderen für die Erzielung einer lokalen Wirkung mehr geeigneten Form anzuwenden. Anstatt der Salbe oder Tinktur erschien mir von vornherein zu diesem Zweck die Anwendung in der Gestalt von Pflaster als die weitaus geeignetste.

Durch das liebenswürdige Entgegenkommen und die Vermittelung des Hauses Kalle & Co. in Biebrich a. Rh. wurde mir das nötige, vorzügliche Präparat von der Firma Beiersdorf & Co. in Hamburg zur Verfügung gestellt und war ich in der Lage, davon in meiner Klinik einen ausgiebigen Gebrauch zu machen.

Ich unternahm die Versuche mit dem neuen Präparat um so bereitwilliger, als es meines Wissens das erste Mal ist, daſs das Jodol in der Gestalt von Pflaster bei der Behandlung venerisch-syphilitischer Krankheiten angewandt wird; denn obwohl in dem Katalog der Firma Beiersdorf & Co. in Hamburg unter den verschiedenen von derselben dargestellten Pflastern auch das Jodolpflaster (No. 102) sich befindet,

ist die Anwendung desselben wohl niemals bisher eingehender untersucht worden, wie denn auch keine Publikation über diesen Gegenstand bisher vorliegt.

Ich möchte nun kurz auseinandersetzen:

1. Welche Gedanken mich dazu bestimmten, die Behandlung mit dem Jodolpflaster zu versuchen und

2. welche Resultate ich bei den dieser Behandlung unterworfenen Patienten erzielte.

Betreff des ersten Punktes könnte man mich fragen, warum ich gerade dem Jodolpflaster vor den anderen Jodpräparaten in dieser Art von Krankheiten den Vorzug gegeben habe, da doch gewöhnlich bei der Behandlung der akuten, wie den subakuten hyperplastischen Adenitiden und Periadenitiden die Awendung der Jodtinktur und der Jodsalbe die gebräuchlichste ist. Ich will indessen gleich bemerken, dafs es für den Venerologen nicht gleichgültig ist, ob er das eine oder das andere dieser Jodpräparate in der Therapie der in der nachfolgenden Statistik angeführten Krankheiten vorzieht, ja dafs, wenn man überhaupt eine resolvierende Wirkung in hohem Grade haben will, man heutzutage zu keinem dieser beiden Mittel mehr greifen wird. Und in der That, wenn man die therapeutische Wirkung dieser bekannten Mittel betrachtet, gelangt man zu der Überzeugung, dafs sie in einigen Krankheiten wenig angezeigt sind. Wenn vor allem die Jodtinktur auch rasch als Epispasticum eine Dermitis hervorzubringen im stande ist, so bleibt diese doch immer nur oberflächlich, das heifst: Sie nimmt den Charakter einer erythematösen Form mit nachfolgender Abschuppung an und erscheint nur ziemlich selten in der Form einer exsudativen Entzündung; und wenn sie auch in einigen Fällen für die Reaktion, die sie hervorbringt, von Nutzen ist, kann sie wegen des leichten Grades derselben zwecklos, manchmal auch wegen der heftigen Reizwirkung schädlich sein: ja die reichliche Abschuppung, die sie veranlafst, ist eine ungünstige Vorbedingung für das Eindringen des Heilmittels. — Mit kurzen Worten: bei Anwendung der Jodtinktur sind wir nicht im stande, die reaktive Entzündung, die wir hervorzubringen beabsichtigen, genau abzustufen, so dafs wir häufig zu energische keratolytische Wirkungen erzielen, die durchaus nicht auf den Rückgang des Krankheitsprozesses von Einfluſs sind.

Das gleiche kann man auch von der Jodsalbe behaupten, die, wenn sie auf die Haut auch nicht dieselben Reizungserscheinungen wie die Jodtinktur ausübt, bei der Behandlung, wegen ihres kurzen Verbleibens auf der Haut und demnach ihrer nur vorübergehenden Wirkung, nur von geringem Nutzen sich erweist.

Das Jodolpflaster hingegen hat, wie alle derartigen Präparate, wegen seiner Undurchlässigkeit die Eigenschaft, sowohl die flüssigen als auch

die gasigen centrifugalen Strömungen, welche die Saftkanäle der Cutis in mehr oder weniger energischen Weise durchziehen, in der Haut nach Maſsgabe der individuellen und Umgebungsverhältnisse zurückzuhalten. Hieraus folgt, daſs innerhalb der Haut Wasser und Dämpfe zurückbleiben, so daſs die Talgsekretion sich verringert und infolge dessen die fett und feucht gehaltene Epidermis zur Aufnahme des Heilmittels mehr geeignet wird. Mit anderen Worten durch die Undurchdringlichkeit des Pflasters wird die Centrifugalströmung der Hautabsonderung verhindert oder erschwert und es wächst so der centripetale Resorptionsstrom. Auf diese Weise wird die Diffusion des Heilmittels in der Hornschicht von Zelle zu Zelle erleichtert, während andererseits das aktive Eindringen des Heilmittels wächst.

Hieraus erklärt sich, wie bei Anwendung des Pflasters die in demselben enthaltenen Medikamente eine gröſsere energische lokale Wirkung ausüben. Und diese mehr energische lokale Einwirkung wird auſser durch die veränderten lokalen Bedingungen der Epidermis noch durch das längere Haften des Pflasters auf der Hautoberfläche bestärkt und begünstigt so eine langsame aber beständige Abgabe und infolge dessen eine vorteilhaftere Absorbierung des betreffenden Medicaments.

Zu dieser Wirkung des Jodolpflasters kommt noch hinzu, daſs dasselbe als solches dem in demselben in groſser Menge enthaltenem Jod nicht gestattet, rasch sich frei zu machen und kurz nach seiner Applikation in Berührung mit der Haut zu kommen.

Dies aber ist gerade die Wirkung, welche ich mit dem Jodol erzielen wollte, wie ich dies schon in meiner früheren Mitteilung[1] hierüber aussprach und wie ich dies heute für das Jodolpflaster wiederholen möchte. Im Gegensatz zu den gewöhnlichen Pflastern, die in starker Konzentration das betreffende Medikament enthalten, giebt letzteres, indem es sich in Berührung mit der Haut löst, langsam aber vollständig sein Jod ab. Auf diese Weise lieſse sich auch eine Erklärung dafür finden, daſs das Jodolpflaster keine unnötige Reizerscheinung, die manchmal sogar schädlich auf die vom Entzündungsprozeſs betroffenen Gewebe wirkt, ausübt, sondern daſs vielmehr nur die sichere und thatsächlich nützliche resolvierende Wirkung des Mittels hervortritt. In Anbetracht dieses letzten Zweckes zeigte sich die Anwendung des Jodolpflasters sowohl bei den akuten als auch den chronischen lokalen Entzündungen von vornherein als die einfachste und rationellste; und die klinischen Versuche bestätigten nicht nur diese meine theoretische Anschauung vollständig, sondern lieſsen auch in allen Einzelheiten die Vorzüge dieses pharmaceutischen Präparats hervortreten.

---

[1] *Therapeut. Monatshefte.* 1896. Aprilheft.

Von den therapeutischen Vorzügen, die sich bei Anwendung des in Rede stehenden Mittels in meiner Klinik ergaben, möchte ich als die wichtigsten folgende hervorheben:

1. Das Jodolpflaster wird auch bei akuten Entzündungserscheinungen, wobei es schmerzlindernd und beruhigend wirkt, gut vertragen.

2. Es ruft keine Macerationserscheinungen auf die Epidermis jener Stellen, wo erstere empfindlich und dünn ist, hervor; und hierin gerade unterscheidet es sich vorteilhaft insonderheit von dem Resorcin- und Merkurialpflaster, die lokale Belästigungen, charakterisiert durch Jucken, Brennen und Epidermisabschuppung, bewirken.

Das Jodolpflaster kann ferner lange Zeit auf der Haut behalten werden, ohne dafs man deswegen die Entwickelung feuchter Ekzeme, exfoliativer Dermatitiden oder andere Reizungserscheinungen zu befürchten hätte.

3. Dieser seiner vorzüglichen therapeutischen Eigenschaften wegen kann die Dauer der Applikation des Jodolpflasters ohne Unterbrechung 3, 4, 6—12 Tage fortgesetzt werden, ohne dafs es sich im geringsten verändert: ein Umstand, durch den eine grofse Ersparnis im Verbrauch bewirkt wird.

4. Das Haftvermögen, das dem Jodolpflaster eigen ist, gestattet, dafs dasselbe ohne weiterer Zuhilfenahme eines Verbandes, obwohl derselbe wegen des Drucks, den er ausübt, in einigen Fällen vollständiger und rascher den Rückgang des lokalen Prozesses unterstützt, in situ gelassen werden kann.

Gewöhnlich appliziert man es, indem man die kranke Stelle mit einem ganzen Stück bedeckt, oder auch mit mehreren Streifen, die auf die einzelnen Stellen, je nach den gegebenen Bedingungen, passen.

Nachdem ich mehrmals im Vorhergehenden die resolvierende Aktion des Jodolpflasters betont habe, möchte ich jetzt nochmals besonders auf den Mechanismus dieser therapeutischen Wirkung, wie ich sie in den vielfachen und verschiedenen Applikationen in meiner Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte, zurückkommen.

Der Mechanismus der therapeutischen Wirkung des Jodolpflasters bei lokalen Entzündungen äufsert sich in zwei verschiedenen Weisen:

A. Zuerst äufsert das Mittel eine rasche Wirkung in der Weise, dafs es fähig ist, sogleich von vornherein die akuten Entzündungserscheinungen zu mäfsigen; es läfst in der That der Schmerz nach, die Geschwulst und das Ödem nehmen sogleich ab, und der Eiterungsprozefs, auch wenn er deutlich angefangen hat, sistiert oder bleibt begrenzt.

Eine solche plötzliche Wirkung konnte ich bei den Adenitiden

und Orcheoepididymitiden beobachten, wo innerhalb 4 bis 5 oder längstens 8 Tagen jede Reizerscheinung zu meiner grofsen Überraschung verschwunden war. Wegen dieses raschen Heilerfolges, wie man aus den statistischen Tabellen ersehen kann, konnte ich das Jodolpflaster auch in dem vorgeschrittenen Stadium der Krankheit anwenden. Auf diese erste Periode der therapeutischen Wirkung des Mittels (die man als „antiphlogistische Wirkung" bezeichnen kann) folgt ein in der Regel nicht lang dauernder Zwischenraum, wo die lokalen Bedingungen der Geschwulst nahezu unverändert bleiben. Diese Periode, die man „Stillstandsperiode" bezeichnen könnte, hat die Dauer von 5 bis 8 Tagen bis 2 bis 3 Wochen; nachdem sie vorüber ist, beginnt die zweite Weise der Wirkung des Jodolpflasters sich zu äufsern.

B. Letztere entwickelt sich in der Regel langsamer unter Angriff hauptsächlich der neoplastischen Infiltrate, deren Schmelzung und Absorbierung in mehr oder weniger vollständiger Weise sie begünstigt: in der That, die Entzündungsgeschwülste, die anfangs gespannt und hart sind, werden nun pastös und gehen stufenweise an Umfang zurück; und dieser Rückgang ist entweder ein allgemeiner und vollzieht sich gleichmäfsig auf der ganzen Oberfläche der infiltrierten Masse, oder er ist ein teilweiser und beschränkt sich auf einen mehr umschriebenen Teil der letzteren.

Diese zweite Beobachtung war ich oft in der Lage bei den Orcheoepididymitiden, wo manchmal ein Teil indurirt zurückblieb, der langsam zum Schwinden kam, zu machen. Die Dauer dieser Rückgangsperiode ist verschieden; von einem Minimum von 8 bis 10 Tagen kann sie sich bis auf ein Maximum von 1 Monat ausdehnen; selten dauert sie länger. Einigemale machte sich die „Stillstandsperiode" nicht bemerkbar, aber bei dem raschen Rückgang der akuten Entzündungserscheinungen trat die fortschreitende resolvierende Wirkung des Jodolpflasters, infolgedessen eine rasche Heilung statt hatte, hervor. Nicht immer jedoch gelang es mir, die akuten Erscheinungen vollständig aufzuhalten, so dafs in mehr als einem Fall die Geschwulst zu wachsen fortfuhr und zum Teil zur Eiterung kam, was hauptsächlich statthatte, wenn das Pflaster zu spät zur Anwendung kam.

Aber auch in diesen Fällen bemerkte ich immer die wohlthätige Wirkung dieser Behandlung auf die residuellen Infiltrate der geeiterten Geschwulst, welche sich zurückbildete, während neue Eiterung verhindert wurde.

Die Vorzüge des Jodolpflasters ergeben sich deutlicher aus den nachfolgendenden statistischen Tafeln, in denen ich 120 Fälle, die ich während des vergangenen Jahres zu beobachten Gelegenheit hatte, aufführe. Bei der Zusammenstellung derselben nahm ich hauptsächlich

Rücksicht auf den Charakter der verschiedenen Krankheiten, ferner auf den Anfang, die Dauer und den Erfolg derselben.

Klinische Betrachtungen.

Um die Anwendung des Jodolpflasters noch mehr zu rechtfertigen und seine Wirkung in den drei Serien der in den nachstehenden statistischen Tafeln erwähnten Krankheiten zu prüfen, möchte ich hier einige kurze klinische Betrachtungen über jede derselben anstellen.

In der 1. Serie (A) wurden die Adenitiden und Periadenitiden aufgenommen. Dieselben sind der Zahl nach (67) in unserer Statistik vorwiegend und wurde bei ihnen zuerst die Anwendung der Jodolpflasterkur erprobt. Der Zahl ihres Vorkommens nach beobachtete ich sie hauptsächlich bei den Männern: 1. infolge von weichem Schanker, 2. von Balano-posthitis catarrhalis und Blennorrhoe und zuletzt 3. infolge von „chancre mixte". Die Drüsenanschwellungen aus letzterer Veranlassung waren wenige, sie traten indessen immer als akute, manchmal auch zu Eiterung neigende Periadenitiden auf. Durch die Pflasterkur wurden sie immer zum Stillstand gebracht. Ausgesetzt wurde diese Behandlung, sowie der beträchtlich zurückgegangene Knoten den Charakter der spezifischen Induration, bevor noch die sekundären Erscheinungen der Syphilis sich bemerkbar machten, anzunehmen anfing.

Man könnte hier vielleicht entgegnen, dafs in ähnlichen Fällen die Anwendung des Jodolpflasters wohl überflüssig wäre, insofern beim „chancre mixte" die anfangs entzündlichen Charakter tragende Drüsenschwellung von selbst den akuten Entzündungscharakter zu verlieren, und dann, sobald das syphilitische Gift in Aktion tritt, zu indurieren pflegt. Aber abgesehen davon, dafs dieser Ausgang nicht immer statt hat, mufs ich bemerken, dafs in einigen dieser Fälle wegen der bedeutenden Geschwulst des Knotens, zur Zeit der Applikation des Jodolpflasters, an einigen Stellen Eiterung anzubrechen drohte. Infolge dieser Behandlung bemerkte ich nach kurzer Zeit den starken Rückgang der akuten Entzündungserscheinungen, während dies nicht so bald ohne Zuhülfenahme eines Mittels statt hat.

Es wäre gut, wenn man vornherein die Periode bestimmen könnte, wo mit der Anwendung der Pflasterkur vorzugehen ist, und es dürfte dies auch nicht schwer fallen, wenn die Wahl dieses Zeitpunktes von uns abhänge: denn es ist ohne weiteres klar, dafs die Jodolbehandlung sogleich beim ersten Auftreten der Reizungserscheinungen angewandt, den günstigsten Erfolg liefern wird.

Wie ich anfangs schon erwähnte, mufste ich mit ihr indessen häufig in der vorgeschrittenen Periode des Entzündungsprozesses, wenn die Drüsen

oder das periglanduläre Bindegewebe beträchtlich infiltriert waren oder die Eiterung schon begonnen hatte, vorgehen.

Nichts desto weniger konnte ich Fälle beobachten, wo das Jodolpflaster eine ausgesprochene resolvierende Wirkung äufserte, nicht nur wegen des Schwindens der akuten Entzündungserscheinungen, sondern auch wegen des schnellen Rückgangs der infiltrierten Drüsengeschwülste; in anderen Fällen war der Rückgang ein stufenweise fortschreitender. Nur in wenigen Fällen von akuter und subakuter Periadenitis trat, trotz der Applikation des Pflasters, gleich bei Ausbruch der Krankheit, und bei fortgesetzter Anwendung desselben, partielle Eiterung und die Bildung eines oder mehrerer Abscesse ein. Da dieselben indessen sofort punktiert, entleert und die Höhlung antiseptisch gewaschen wurde, fuhr ich mit der Anwendung des Jodolpflasters auf die noch hart und infiltriert gebliebene Drüsengeschwulst fort. Und die Vorteile dieser Behandlung traten auch in diesen vorgeschrittenen Krankheitsformen zu Tage, insofern immer der vollständige Rückgang der residuellen Drüsengeschwülst eintrat; ein gleiches Resultat konnte ich konstatieren, wenn in einigen Fällen auch die Bildung des periglandulären Abscesses sich wiederholte.

Ein vollständig negativer Erfolg trat nur ein bei einigen Fällen von Periadenitis in vorgeschrittenem Stadium oder mit multipler Drüsenanschwellung, weil hier die Anwendung des Jodolpflasters unterlassen und zu einer anderen Heilmethode, der Drüsenexstirpation, oder auch der Entleerung der Leistenhöhlung, übergegangen werden mufste, wie ich das in zwei Fällen (siehe nachstehende Tabellen, fortlaufende No. 12 und 27) vornahm.

Aber diese wenigen nicht vollständigen Heilerfolge, wie auch einige Recidive, und die wenigen Fälle von negativem Erfolg, waren mehr bedingt durch das Individuum als durch die Krankheit selbst. Mangel an hygienischem Verhalten, übermäfsige Bewegung und Anstrengung und nicht selten das Ausschreiten einiger Kranken tragen dazu bei, den Rückgangsprozefs der Adenitiden und Periadenitiden unter der Jodolpflasterbehandlung zu verlangsamen oder manchmal zu verhindern. In dieser Hinsicht machte sich der Unterschied des Heilerfolges der in der Klinik und im Ambulatorium behandelten Kranken recht bemerkbar; denn unter gleichen Bedingungen lieferte die strenge Überwachung der Patienten und das genauere Einhalten der Jodolkur bei den ersteren ein ungleich glänzenderes Resultat.

Andererseits wurde die Dauer der Kur in einigen Fällen verzögert, wenn der Schanker vorher häufig mit Höllenstein kauterisiert worden war. Aus der Gesamtheit der so behandelten Fälle habe ich mich noch überzeugen können, dafs der mehr oder weniger superficielle Sitz der Adenitiden auf die relativ kurze Dauer der Behandlung von grofsem

Einfluſs war, während in einigen Fällen von tiefer Adenitis die Pflasterkur weit länger sich erstreckte.

Auch der beträchtliche Umfang und die starke Konsistenz der Adenitis-Geschwulst sind von Einfluſs auf die Dauer der Kur, obwohl in einigen Fällen (siehe No. 2, 3, 4, 22, Serie A, männliche Abteilung) trotz dieser besonderen Bedingungen die Heilung in ziemlich schneller und vollständiger Weise stattbatte.

Zu der zweiten Serie (B) unserer Statistik gehören die klinischen Fälle von Epididymitis und Orcheoepididymitis, von denen 28 in der Klinik und 16 im Ambulatorium zur Behandlung kamen. Gewöhnlich wurde die Jodolbehandlung im Anfang der Krankheit oder während der Akme des Prozesses, wenn die akuten Entzündungserscheinungen des Nebenhodens oder der tunica vaginalis stark ausgesprochen waren, angewandt. Auch in jenen Fällen, in denen entzündliche Hydrocele und Ödem des Skrotum, begleitet auch von einem leichten Erythem der Haut desselben auftrat, unterlieſsen wir nicht die Jodolpflasterbehandlung. Auch die meistenteils bei blennorrhoischer Epididymitis auftretenden Komplikationen lieſsen mich nicht davon abhalten, diese Heilmethode von Anfang an oder im Verlauf der vorgeschrittenen Periode der Krankheit in Anwendung zu bringen. So wurde in einem Fall von Orcheoepididymitis, wo sich in der Folge ein Skrotalabscefs einstellte, auch nach dem Aufbruch desselben, diese Behandlung mit gutem Erfolge angewandt.

Auſser in den blennorrhoischen Formen fand das Jodolpflaster auch in einigen Fällen von syphilitischer Erkrankung der Hoden eine vorteilhafte und zweckmäſsige Anwendung.

Was mir bei allen diesen Anwendungen am wichtigsten erschien, war, daſs vor allem das Jodolpflaster von der kranken Stelle gut vertragen wurde, am meisten aber war ich überrascht zu sehen, daſs diese Toleranz auch durch das Bestehen eines Erythems der Skrotalhaut, sowie durch vorhergegangene ekzematöse Erkrankung derselben nicht herabgesetzt wurde.

Dieser guten Eigenschaften wegen konnte diese Behandlung, unter Erneuerung der Jodolpflasterstreifen nach einigen Tagen, lange Zeit fortgesetzt werden, ohne daſs es jemals zur Entwickelung von Ekzemen oder exfoliativer Dermatitis gekommen wäre.

Die wohlthätige Wirkung des Jodolpflasters äuſsert sich vom ersten Augenblick seiner Anwendung an, indem es die starken Schmerzen und das Gefühl der Spannung, das sehr häufig die Epididymitis und die Orcheoepididymitis blennorrhagica begleitet, beruhigt. Mehr noch aber als die antiphlogistische Wirkung sahen wir den resolvierenden Einfluſs des Mittels, sei es im Akmestadium in dem raschen Verschwinden der

akuten Hydrocele oder in dem vorgeschrittenen Stadium in der Resorption der plastischen Infiltrate des Nebenhodens und der tunica vaginalis hervortreten. So beobachteten wir auch in jenen Fällen von gleichzeitiger Funiculitis, gekennzeichnet durch das Vorhandensein eines schmerzhaften daumdicken Stranges, rasches und vollständiges Abschwellen. Von diesem vollständigen Rückgang hatte ich ein glänzendes Beispiel in einem Fall von linksseitiger syphilitischer Sarcocele, gekennzeichnet durch eine glatte, harte, indolente, ganseigroſse Geschwulst, die, nachdem sie anderer vorausgegangener Behandlung Widerstand geleistet hatte, in relativ kurzer Zeit vollständig schwand, indem die tunica vaginalis und der Hoden zu normalen Verhältnissen zurückgingen.

Wir haben indessen auch Beispiele, wenngleich nur wenige, von subakuter blennorrhoischer Epididymitis zu verzeichnen, die beim Rückgangsprozeſs einen gewissen Widerstand bei der Jodolpflasterbehandlung aufwiesen; wir beobachteten dies, wenn der Nebenhoden einen oder mehrere stark infiltrierte und harte Knoten zeigte; diese geringere Wirksamkeit der Jodolkur zeigte sich besonders bei einigen ambulatorisch behandelten Patienten. — Neben den glänzenden Heilerfolgen des Jodolpflasters bei Epididymitis und Orcheoepididymitis fehlten auch nicht einige Fälle von Recidive, entweder auf derselben oder entgegengesetzten Seite, wie wir auch noch während dieser Behandlung die alternierende Epididymitis auftreten sahen. Diese Recidive kamen bei jenen Patienten vor, die, nachdem die Epididymitis durch die Jodolpflasterbehandlung geschwunden war, entweder den noch bestehenden Tripper vernachlässigten oder sich übermäſsige Anstrengungen und Ausschreitungen zu Schulden kommen lieſsen; und auch hier beobachteten wir hauptsächlich diese Fälle bei den ambulatorisch behandelten Patienten.

Trotz alledem möchte ich als besonderen Vorzug Jodolpflasterkur betonen, daſs dieselbe gerade in der Ambulatoriumbehandlung bei den Adenitiden, Epididymitiden und Orcheoepididymitiden sich geeignet und nützlich erweist. Hiervon haben wir einen deutlichen Beweis bei verschiedenen an Orcheoepididymitis Erkrankten, die nicht in der Klinik geheilt werden konnten, sich vielmehr der manchmal unbequemen Ambulatoriumbehandlung unterziehen muſsten. Unter diesem Gesichtspunkt erweist sich das Jodolpflaster gerade von vorteilhaftester praktischer Bedeutung.

Über die dritte Serie (C) der vorstehenden Statistik bleibt mir nur wenig zu bemerken übrig. Die wenigen, in kleine Gruppen zusammengefaſsten Fälle, gestatten keinen allgemeinen Schluſs auf die sichere Wirkung des Jodolpflasters in den betreffenden Erkrankungen.

Der immerhin indessen erzielte glänzende Erfolg bei einigen der Kranken berechtigt zur Hoffnung, daſs die Jodolpflasterbehandlung eines

Tages auch nicht nur auf venerische Krankheiten beschränkt werden könne. Und in dieser Absicht habe ich gerade unter der Rubrik „verschiedene Krankheiten“ die mit gutem Heilerfolge behandelten Fälle angeführt.

Erwähnen möchte ich hier besonders einen Fall von Mastitis chronica mit interkurrierenden akuten Perioden, gekennzeichnet durch mehr oder weniger entwickelte harte, schmerzhafte Knoten, bei denen zunächst das rasche Verschwinden der Schmerzen und dann der Rückgang des Infiltrats sich bemerkbar machte.

Weiter wurde das Jodolpflaster noch in einigen Fällen spezifischer Infektion angewandt; aber weder bei den Syphilomen noch bei den Hautgummen wurden bessere Resultate wie mit dem Quecksilberpflaster erzielt. Bei gummöser Periostitis und den kleinen schmerzhaften periostalen Knoten, beobachtete ich hingegen den wohlausgesprochenen Unterschied, dafs bei Anwendung des Jodolpflasters der Schmerz sogleich nachliefs, während er beim Quecksilberpflaster bestehen blieb.

Von allen indessen in dieser Serie aufgenommenen Fällen verdient der unter No. 109 beschriebene ein ganz besonderes Interesse. Der Kranke, seines Berufs Nudelmacher, war syphilitisch und mit subkutanen Injektionen von Quecksilbercyanid behandelt worden. Infolge seines Berufs mufste er mit der Hinterbacke auf die Hebelstange einer Maschine drücken. Nach einer der ersten Einspritzungen bemerkte der Kranke die Bildung eines grofsen Knotens, der beträchtlich von Tag zu Tag zunahm und ihm starke Schmerzen verursachte, so dafs der Kranke die betreffende Extremität nicht mehr bewegen konnte und in die Klinik aufgenommen wurde.

Die Geschwulst war eine sehr bedeutende, sodafs die rechte Hinterbacke fast das doppelte Volumen der linken betrug. Alle vorhergehenden Behandlungen mit Eis und mit resolvierenden Salben erwiesen sich vergebens; an einigen Stellen machte sich sogar eine leichte tiefe Fluktuation bemerkbar. Als das Jodolpflaster am 18. April angewandt wurde, verkleinerte sich das ausgedehnte tiefe Infiltrat der enormen Geschwulst rasch, und nachdem alle sechs Tage der Verband gewechselt worden war, war am 4. Mai die Geschwulst gänzlich verschwunden. — Nicht die Thatsache des Rückgangs der Geschwulst erschien mir von Wichtigkeit, sondern was mich überraschte, war vielmehr die kurze Zeitdauer, in der sie sich unter der Jodolpflasterbehandlung vollzog.

(Schlufs folgt.)

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. März 1897.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Multiple Schanker. Herr Petrini (Galatz) berichtet über einen Italiener mit 6 syphilitischen Schankern im Gesichte.

Urticaria. Herr Lemonnier: Ein Patient wurde in 14—20tägigen Perioden jede Nacht von Urticaria befallen in der Weise, dafs beim Erwachen die Hälfte des Gesichts und des behaarten Kopfes von einer riesigen Plaque bedeckt war. Auf der befallenen Seite bestand vollständige Amaurose. Diese Anfallperioden waren zuweilen durch nur kurze, freie Zwischenräume getrennt. Eine Atropinmedikation führte definitive Heilung der Dermatose herbei, dagegen traten an ihre Stelle Anfälle von Erbrechen, welche sich alle Monate während 2—3 Tagen einstellten, ohne dafs eine Ursache eruiert werden konnte.

Syphilitischer Schanker beider Mandeln. Herr Jullien: Ein 19jähriges Mädchen hatte wiederholt heftige und langdauernde Saugbewegungen an den Brüsten einer syphilitischen Cousine gemacht. Es läfst sich nun nicht feststellen, ob die Ansteckung eine direkte oder indirekte war, jedenfalls kam es bei der Patientin zum Ausbruch einer ausgebreiteten Roseola. Der Primäraffekt liegt auf beiden Mandeln in Form von zwei ausgebreiteten Geschwüren, deren Vorhandensein die Patientin nicht bemerkt hatte. Ausgebreitete Drüsenschwellungen am Kieferwinkel, dem Wangenfortsatz, der Cervikalgegend bis zur Clavikulargrube. Ein Coitus hat offenbar nicht stattgefunden, indem eine Mifsbildung der Genitalien besteht (Fehlen der Vagina, infantiler Uterus, keine Menstruation) und das Hymen unversehrt ist. Die Patientin hat in der Kindheit an tuberkulöser Adenitis gelitten, was vielleicht die weite Verbreitung der gegenwärtigen spezifischen Adenitis erklärt.

Hypertrophische Narben nach Streptokokkenimpetigo. Herren Balzer und Griffon: Der vorgestellte Patient trägt am linken Arm eine Anzahl keloidartiger Narben, die sich auf dem Boden früherer Impetigopusteln entwickelt haben, in welchen man Reinkulturen von Streptokokken nachgewiesen hatte. Der keloidartige Charakter der Narben ist nur ein vorübergehender, indem sie sich bereits abflachen, rosarot aussehen und nicht die harte Konsistenz der Keloide aufweisen; wahrscheinlich werden sie das umgebende Hautniveau nicht mehr überragen. Eine ähnliche hypertrophische Narbe hat sich auf dem Boden einer ausgeheilten Wunde am anderen Arm ausgebildet, was für eine besondere Disposition des Patienten zu solchen hypertrophischen Bildungen spricht; vielleicht hat auch der Streptococcus eine embryonale Proliferation auf dem Grunde der Pusteln verursacht.

Parasitärer Ursprung der Kahlheit. Herr Sabouraud kommt noch einmal zurück auf seine Theorie von der Seborrhoea adiposa, die je nach ihrem Sitze im Gesichte als Acne oleosa oder Acne comedo oder auf dem Kopfe als Seborrhoea oleosa bekannt ist. Überall sitzt sie in den Haarfollikeln, deren oberes Drittel die Bacillenkolonie einnimmt, welche von einer Hornscheide nach Art eines Cocon umgeben ist. Die Pilzinvasion des Follikels wird stets von zwei Erscheinungen begleitet: einer Hypersekretion der Talgdrüse und dem Ausfall des Haares. Der spezifische Seborrhoe-

bacillus besetzt den Follikel und erzeugt an dessen Grund in der Umgebung der Papille einen Andrang von Wanderzellen; die Papille atrophiert und stirbt schliefslich ab, wonach das Haar ausfällt. Der gleiche Prozefs geht in den anscheinend kahlen Hautpartien vor sich. In dem reichlich sezernierten Fettstoff findet man in Masse die ausgestofsenen Cocons mit dem spezifischen Bacillus, der sich nach und nach in die bisher resistent gebliebenen Follikel einnistet, bis der Prozefs ein allgemeiner und die Kahlheit eine vollständige geworden ist. Die Gewinnung einer Reinkultur des Seborrhoebacillus ist sehr schwierig und wird nach sechstägiger Erwärmung bei 65 bis 67° C. in saurer Glycerin-Pepton-Gelose erzielt. Die Kolonie hat ein ziegelrosarotes Aussehen und ist im Zentrum etwas erhaben. Solche Kulturen hat nun S. durch Porzellan filtriert, das Filtrat in die Haut injiziert und nach 40 Tagen eine allgemeine Alopecie erzeugt. Es findet nämlich auch unter natürlichen Verhältnissen nicht eine direkte Beeinflussung der Haarpapille durch den Bacillus statt, sondern indirekt durch die Toxine. Unter allen Umständen ist der parasitäre Ursprung der Kahlheit erwiesen.

Gutartige cystische Epitheliome. Herr Brocq stellt ein 16½jähriges Mädchen vor, bei dem seit dem 14. Jahre in der Gegend oberhalb des Sternums und der Claviculae kleine, stecknadelkopf- bis linsengrofse, mattweifse oder rosarote, glatte oder etwas unebene, 1—1,5 mm das Hautniveau überragende, feste, indolente Tumoren ohne Abschuppung auf der Oberfläche, ohne Jucken oder Brennen aufgetreten sind. Sie sind symmetrisch disponiert und zwar meist in Form von querverlaufenden Streifen. Es handelt sich um die Affektion, welche von Darier und Jacquet als eruptive Hydradenome, von Jacquet als gutartige cystische Epitheliome, von Török als Syringocystadenome, von Besnier als cystische epitheliomatöse Naevi bezeichnet wurde. Bezüglich der Therapie ist zu bemerken, dafs grüne Seife vorübergehende Besserung bringen kann.

Diffuse totale Alopecie und Ansteckung. Herr Feulard zeigt eine Mutter mit ihrem Kinde, welche beide vollständig kahl sind. Bei der Mutter besteht die Affektion seit 8 Jahren, beim Kinde seit 6 Monaten.

Syphilitischer Schanker der Conjunctiva bulbi. Herren Valude und Laur: Es ist dies der achte bekannte Fall von primärem Schanker der Conjunctiva und betrifft einen 25jährigen Mann. Der Schanker sitzt am rechten Auge in Gestalt eines roten Knötchens. Infiltrationen der präaurikularen und submaxillaren Lymphdrüsen. Rückgang nach 20 Tagen nach Quecksilbermedikation. (Jodid in Pillen).

Syphilis. Herr Fournier stellt ein Kind vor mit heredosyphilitischen Stigmata: Exostosen an der Ulna, Kontraktur des Biceps).

Ulceration unbekannter Natur. Der Patient, den Herr Lainé vorstellt, trägt am Daumenrücken ein hartnäckiges Geschwür oberflächlicher Art und ein Bläschen in der Nähe der Schulter. Anästhesie der ganzen Seite. Wahrscheinlich handelt es sich trotz dem Fehlen anderer hysterischer Stigmata um trophische Störungen hysterischer Natur (monosymptomatische Hysterie).

Die Herren Jacquet und Jeanselme halten eine Syringomyelie für wahrscheinlicher, obwohl alle drei Arten von Sensibilität in diesem Falle aufgehoben sind.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Besprechungen.

Die Hygiene in den Barbierstuben, von Heinr. Berger, Kreisphysikus in Neustadt am Rübenberge, Hannover. (Basel 1896. Carl Sallmann.) Mit Recht lenkt Verfasser die Aufmerksamkeit auf ein Stiefkind in der Hygiene, die gesundheitlichen Verhältnisse in den Barbierstuben. Eine der wichtigsten Übertragungsmöglichkeiten von Pilzen auf die Kopfhaut besteht unstreitig in den Friseurläden. Verfasser beklagt den Indifferentismus der grofsen Masse, an dem der Nutzen der Aufklärungen über die Gefahren in der Barbierstube scheitere, und tritt deshalb energisch für die Einführung staatlicher Verordnungen ein.

Am häufigsten wird wohl Herpes tonsurans der behaarten und unbehaarten Teile und speziell des Bartes (Sykosis hyphogenes) übertragen, 90% der Erkrankungen an Herpes tonsurans lassen sich auf die Barbierstuben zurückführen. Weiter werden übertragen Impetigo contagiosa, akute Ekzeme der Kopfhaut beim Haarschneiden, Bürsten, Shampoonieren, impetiginöse Ekzeme, Acne varioliformis. Durch den Rasierpinsel wurde Trichorrhexis nodosa übertragen, auch die Alopecia areata ist Verfasser geneigt, für parasitär, also übertragbar, zu halten, wie auch die Alopecia pityrodes.

Sicher erwiesen ist die Übertragung von Syphilis in Barbierstuben (Blaschko). Die Übertragung von Tuberkulose und Cholera ist als möglich in Barbierstuben zugegeben durch Servietten u. dergl.; auch die von Milzbrand ist erwiesen und zwar durch Verletzung mit einer Bürste beim Frisieren.

Nicht nur alle in den Barbierstuben benutzten Gegenstände, also Servietten, Handtücher, Mäntel, Schwämme, Puderquasten, Kämme, Bürsten, Scheren, Rasiermesser, Rasierpinsel, Streichriemen, Stühle, Kissen, Zigarren und Zöpfe ermöglichen eine Übertragung von Krankheiten, sondern auch die Hände des Barbiers selbst. Schliefslich ist auch noch eine unmittelbare Übertragung möglich, nämlich wenn der Barbier selbst krank ist. (Die Übertragung durch die Hände des Barbiers ist nach des Ref. Ansicht weitaus die häufigste; trotz aller hygienischen Mafsnahmen wird die Ansteckungsgefahr nicht vermindert, wenn die Friseure sich nicht dazu bequemen, nach und vor jeder Dienstleistung im medizinischen Sinne sich die Hände zu reinigen. D. Ref.)

Verfasser fordert die Erfüllung folgender Sätze:

1. Der Barbier mufs frei sein von Epilepsie, Krämpfen jeder Art, Trunksucht und ansteckenden Krankheiten.

2. Mit ansteckenden Haut-, Haar-, Bart- und Geschlechtskrankheiten Behaftete dürfen in öffentlichen Barbierstuben nicht behandelt werden, sie dürfen nur in ihrer eigenen Wohnung mit eigenen Instrumenten behandelt werden.

3. Am besten läfst sich jeder nur mit eigenen Instrumenten behandeln.

4. Als Bürsten dürfen nur gute Haarbürsten verwendet werden, welche eine regelmäfsige Reinigung gestatten, die Kämme sollen aus gutem Horn, Kautschuk oder Schildpatt sein.

5. Anstatt der Puderquasten sind kleine Wattebäusche zu verwenden, welche nach der Benutzung weggeworfen werden.

6. Handtücher, Mäntel, Servietten müssen immer sauber, frisch gewaschen sein, anstatt der leinenen Servietten empfehlen sich der Billigkeit wegen papierene, die nach dem Gebrauch weggeworfen werden.

7. Kämme sind nach dem Gebrauch mechanisch zu reinigen und in Sublimatlösung zu desinfizieren; Scheren, Rasirmesser und Rasierpinsel sind nach dem Gebrauch auszukochen oder mit in absoluten Alkohol getauchtem Wattebäuschchen abzuwischen.

8. Anhauchen und Abwischen des Streichriemens mit der Hand ist verboten.

9. Der Kopf soll öfter gereinigt werden, wobei Kratzen zu vermeiden ist; der Gebrauch der sogen. Walze ist verwerflich.

10. Die Hände des Barbiers müssen immer peinlichst sauber sein, sein Anzug soll hell sein und am Halse und an den Händen straff schliefsen.

11. Das Wegpusten der Haare beim Schneiden ist verboten.

12. Der Barbier und das Publikum sind über die ansteckenden Krankheiten, speziell über Haut-, Haar-, Bart- und Geschlechtskrankheiten zu belehren.

13. In Barbierstuben mufs ein Regulativ in Plakatform angebracht werden, in dem die aufgeführten Vorschriften enthalten sein müssen.

14. Die Friseurgeschäfte sind einer Konzession und einer fortwährenden Beaufsichtigung zu unterwerfen.

Der interessanten Arbeit geht ein historischer Überblick über die Befugnisse und das Gebahren der Barbiere bei den alten Griechen und Römern etc. voraus.

Karl Ries-Stuttgart.

Dystrophia papillaris et pigmentaria (Akanthosis nigricans) und ihre Beziehungen zur Carcinomatose der Bauchhöhle, von Couillaud (Paris 1896, mit 4 lith. Tafeln). Die Akanthosis nigricans bildet einen wohlumschriebenen Typus, der sich durch folgende Punkte kennzeichnet: 1. vegetierende Hypertrophie der Papillen, 2. Pigmentation, 3. Dystrophie der Haare und Nägel, 4. Fehlen von Desquamation. Konstant bestehen gleichzeitig Störungen des Allgemeinbefindens infolge von ausgesprochener oder latenter Carcinomatose der Abdominalhöhle. In Anbetracht des histologischen Befundes erscheint die Bezeichnung Akanthosis nigricans als ungerechtfertigt, da die dystrophischen und Pigmentveränderungen nicht allein die Epidermis, sondern auch den Papillarkörper der Cardia betreffen. Die pathologisch-anatomische Untersuchung der inneren Organe hat bisher keine Anhaltspunkte geliefert zur Erklärung des pathogenetischen Mechanismus der Hautläsionen. Bezüglich der Pathogenese kann hier kein Zweifel darüber herrschen, dafs die Carcinomatose als die primäre Ursache der Dermatose zu betrachten sei. Ob aber diese letztere als eine carcinomatöse Autointoxikation oder aber als die direkte Wirkung des Carcinoms auf den Bauchsympathicus zu betrachten sei, ist vorläufig nicht festzustellen; doch erscheint die letztere Hypothese als die wahrscheinlichere. Das gleichzeitige Bestehen von abdominalen Störungen und von Pigmentation mit papillärer Hypertrophie mufs den Verdacht auf Akanthosis nigricans erwecken, wie andererseits die genannten Hautveränderungen eine Bauchcarcinomatose wahrscheinlich machen. Von grofser Wichtigkeit in Bezug auf die chirurgische Therapie ist der Umstand, dafs die Akanthosis öfters ein frühzeitiges Symptom des Abdominalcarcinoms bildet.

C. Müller-Genf.

Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen, von Wilhelm Fliess. (Franz Deuticke. Leipzig und Wien 1897.) Das vorliegende sonderbare Buch, ausgehend von Beobachtungen an der Nase, baut auf diesen Theorien von weittragender biologischer Bedeutung. Der Verfasser stellt fest, dafs synchron mit der Menstruation Nasenveränderungen sich einstellen, bestimmte Stellen der Nasenschleimhaut in inniger Beziehung zu den weiblichen Genitalien stehen; er bezeichnet sie als „Genitalstellen“. Durch nasale Eingriffe kann man die Perioden-

intervalle verändern. Es giebt eine nasale Form der Dysmenorrhoe, die durch Kokainisierung festgestellt, durch Ätzung geheilt werden kann. Es würde zu weit führen, wollten wir hier auseinandersetzen, wie auch Gravidität, Geburtsvorgänge, Licitation etc. mit der Nase in Zusammenhang stehen. Es finden sich da eine Unmasse von Feststellungen, die, obgleich sie durch viele Krankengeschichten belegt sind, auf schwachen Füfsen zu stehen scheinen, zweilen etwas mystischen Charakter haben. Dieser ist vollends vorhanden, wenn Verfasser, gestützt auf seine Nasenstudien, feststellt, dafs sich das Leben abspielt in zwei Typen mit 28tägigen (weiblichen) und 23tägigen (männlicher) Perioden, und diese Typen sich forterben, Lebensdauer, Sterbetag, Verlauf von Krankheiten etc. beeinflussen, zu allen möglichen histologischen Vorgängen in Beziehung stehen. So kommt der Verfasser von der Nase zu den weittragendsten Problemen und beweist, welche rege Phantasie ihm eigen ist. Ich fürchte, dafs sich nicht gar viele finden werden, die die Nasenstudien in ihrer Bedeutung für die Biologie in gleicher Weise zu würdigen wissen werden, wie der begeisterte Verfasser. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten nebst einer kurzen Kosmetik für Ärzte und Studierende, von Dr. Paul Thimm (Georg Thieme. Leipzig, 1896). Das vorliegende Büchlein enthält im wesentlichen eine ausführliche Wiedergabe der in der Max Josephs-Poliklinik üblichen Therapie. Es beginnt mit einer sehr zweckentsprechenden Besprechung der für die allgemeine Dermato-Therapie mafsgebenden Grundsätze, woran sich eine Erörterung der gebräuchlichen Applikationsmethoden und Medikamente schliefst. Hier hätte manches obsolete wie Boluspasten, Kleisterpasten, Bleipasten, Saponimente etc. schon fortgelassen werden können. Vermifst werden die Unnaschen Pasten mit Terr. silicia, die sehr stark austrocknende Magnesia carbonica, eine Besprechung des doch nicht ganz unwichtigen Hydrargyrum. Im ganzen ist der allgemeine Teil gelungen. Auf Einzelheiten, denen wohl nicht alle Autoren zustimmen werden, einzugehen, wäre natürlich am Platze. Weniger genügt der spezielle Teil höheren Ansprüchen. Hier waltet einerseits wenig Kritik, andererseits ist manches bewährte Heilverfahren nicht erwähnt. Bei der Akne und Acne rosacea vermifst man das Resorcin, die Salicylsäure, das Sublimat, bei der Alopecia areata das zweifellos beste Medikament, das Chrysarobin, sowie die Faradisation. Die Dyshidrosis dürfte doch mit Salicylsäure und Teer der Therapie mehr zugänglich sein. Die Bedeutung des Schwefels, Resorcins, Ichthyols für alle seborrhoischen Ekzeme wird gar nicht gewürdigt. Die Annahme von der Unheilbarkeit der Pityriasis rubra (Hebra) ist nicht mehr aufrecht zu erhalten. Bei der Therapie der Pityriasis versicolor werden Calc. subsulfur., Tinct. jodi, Ung. Wilkinsonii, bei der Therapie der Psoriasis Pyrogallol und Schwefel sehr vermifst. Dafs bei Scabies Naphtol (nicht Naphthol) das beste Heilmittel ist, dürfte zumal bei der grofsen Intoxikationsgefahr doch bezweifelt werden. Bei Kindern besonders müfste man es immer vermeiden. Der Rat, wenn nach der Schälung die Haut noch juckt, von neuem einzureiben, ist sehr gefährlich; meistens ist dieses Jucken dann eine Folge der medikamentösen Hautreizung, das durch eine unnütze, neue Applikation der Antiscabiosa nur gesteigert wird. Die Sykosis idiopathica (d. i. coccogenes) ist ganz stiefmütterlich behandelt; so einfach ist die Therapie nicht. Ebenso hätte die Urticaria, speziell die Urticaria papulosa der Kinder, mehr Berücksichtigung verdient.

Es würde zu weit führen, wollte ich mich fernerhin in Einzelheiten ergehen, zumal ja auch bei der Therapie der Sexualleiden schliefslich im ganzen die im Josephschen Lehrbuch niedergelegten therapeutischen Grundsätze hier zum Ausdruck kommen. — Die beigefügte Kosmetik ist ziemlich ausführlich behandelt. Ein Rezeptanhang bringt 305 Formeln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende, von Dr. Max Joseph. II. Teil. Geschlechtskrankheiten. II. Auflage. (Georg Thieme. Leipzig 1896.) Das allgemein sehr freundlich aufgenommene Josephsche Lehrbuch hat schnell eine zweite Auflage erlebt. In der That ist das sehr klar geschriebene, den Stoff in genügender Weise erschöpfende Buch durchaus geeignet, den Praktiker zu belehren. Die zweite Auflage ist nicht wesentlich verändert und trägt den modernen Anschauungen in jeder Weise Rechnung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermato-therapeutisches Vademecum (mit Berücksichtigung neuerer Arzneiformen und Heilmittel), von R. Ledermann. (*Allg. med. Centralztg.*) In kurzer, aber gediegener Form hat Verf. in dem kleinen Werkchen, das einen Bestandteil des Rezepttaschenbuchs der *Allg. med. Centralztg.* bildet, die Behandlung der Hautkrankheiten bearbeitet. Das Kapitel „Die Hygiene der Haut", die, wie Verf. sehr richtig bemerkt, einen integrierenden Teil der Lehre von der Kosmetik bildet, leitet das Werkchen ein und redet einer vernunftgemäßen wissenschaftlichen Anwendung der Hydrotherapie eindringlich das Wort. Bei dem Abschnitt „Behandlung der Hautkrankheiten" wird besonders betont, daß das nicht seltene Zusammentreffen von Erkrankungen der Haut mit denen innerer Organe und des Nervensystems in jedem Falle von dem Therapeuten die sorgfältigste Beachtung des Gesamtorganismus verlangt; so verlangen Ekzeme bei Chlorotischen gleichzeitig eine roborierende Eisen-Chinin-Arsenbehandlung, Lupuskranke intern Kreosot oder Guajakol, Urticaria oder Furunkel bei Diabetikern eine entsprechende Diät etc.

Die größte Sorgfalt ist dem Kapitel „Externe Behandlung" gewidmet. Verf. hält denjenigen für den größten Künstler auf dem Gebiete der Therapie, der mit einem kleinen Schatze von Arzneimitteln und mit geschickter Kombination derselben die glänzendsten Erfolge erzielt. Es werden der Reihe nach die Salben, Pasten, Leime, Linimente, Pflaster und Salbenmulle, Pasten- und Salbenstifte, Seifen, Opodeldoke, Saponimente etc. einzeln auf ihre Verwertbarkeit geprüft und jedem Mittel die Zusammensetzung und Indikationsstellung beigefügt. Eine eingehende Besprechung finden im speziellen Teil die neueren Mittel, wie Airol, Europhen, Loretin, Nosophen.

as Ganze ist ein wertvoller Leitfaden für den Praktiker, schade nur, daß der Druck so klein ausgefallen.

Karl Ries-Stuttgart.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Neue Thatsachen über reduzierende Heilmittel, von P. G. Unna. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1896. S. 89.) Die vom Verfasser besonders an der Hand von Ichthyol und Resorcin angestellten Studien über reduzierende Heilmittel sind allgemein mit Erfolg in die Praxis übertragen. Die Zahl derselben wird besonders durch Versuche mit den Reduktionsmitteln des Photographen erweitert werden können; im Amidol hat Verfasser schon ein solches Heilmittel erkannt. Jetzt hat sich Verfasser die Aufgabe gestellt, die chemischen Wirkungen der einzelnen Heilmittel abzugrenzen von der

allen, in diese Gruppe zählenden Heilmitteln gemeinsamen Reduktionswirkung, d. h. die Anfangs- und Endprodukte, die bei diesen Heilmitteln während ihrer Einwirkung sich bilden, genauer zu prüfen. Zu diesem Zwecke liefs er oxydiertes Pyrogallol herstellen, das dem auf der Haut spontan schwarz gefärbten in allen Stücken gleicht. Er verglich dann die Wirkung der weifsen Salbe von Pyrogallol und der schwarzen Salbe von Pyrogallolum oxydatum. Es zeigte sich, dafs erstere die kranken Stellen bei Psoriasis heilte, die gesunden schwärzte und reizte, letzteres auch die kranken Stellen heilte, aber die gesunden in keiner Weise veränderte. Daraus geht hervor, dafs:

1. die Heilung der Psoriasis unter Pyrogallolwirkung nicht auf Oxydation des Pyrogallol beruht, d. h. keinen Reduktionsprozefs darstellt, sondern auf die Einwirkung des Oxydationsproduktes zurückzuführen ist;

2. die Nebenwirkungen auf der gesunden Haut bei Pyrogallolapplikation, die Schwärzung und Entzündung eine Folge der Oxydation des Pyrogallol ist, d. h. auf einem Reduktionsprozefs beruht.

Es wirkt das Pyrogallol also auf die gesunde Haut reizend während der Oxydation; an der kranken fehlen die Bedingungen für diese Oxydation; umgekehrt läfst das Pyrogallum oxydatum die gesunde Haut intakt.

Diese Versuche waren bei Psoriasis und chronischen Ekzemen angestellt. Die weiteren erstreckten sich auf den Lupus erythematosus, bei dem eine zu starke Pyrogallolwirkung auf die Umgebung die Ausbreitung der Affektion sogar direkt fördert. Es fragte sich, wie hier das Pyrogallolum oxydatum wirkt. Die Wirkung stellte sich als eine sehr günstige heraus; Pflaster mit Pyrogallolum oxydatum erzielten gute Erfolge.

Eine weitere Probe wurde bei Lepra gemacht. Lepraknoten werden schwarz, wenn man sie mit Pyrogallol behandelt. Dieselbe Färbung bewirkt auch das oxydierte Präparat; es ist also diese Reaktion durch letzteres hervorgerufen.

Niemals hat Verfasser bei dem Pyrogallolum oxydatum eine Schwärzung des Urins beobachtet. Es ist deshalb dasselbe als unschädlich anzusehen; auch intern wurde es in einer Menge von 0,05—1,0% pro die Monate hindurch von Leprösen gut vertragen. Die Blutveränderung nach Pyrogallolgebrauch ist also eine echte Reduktionswirkung.

Die milde Wirkung des Pyrogallolum oxydatum ermuntert zu Versuchen bei Leiden, die sonst Pyrogallol nicht vertragen, so bei Schleimhautkatarrhen. Es scheint sich hier auch in Dosen von $^1/_2$—1‰ zu bewähren.

Man kann das Pyrogallolum oxydatum auch mischen mit Zink, Quecksilberoxyd, Oxyden der Metallsalze, Kalkwasser, Bleiwasser, was man beim Pyrogallol nicht darf. Bei seborrhoischen Ekzemen und Pityriasis capitis ist sehr wirksam:

Adep. lan.
Aq. calcis
Aq. chamomill.
Ung. Zinc. ää 10,0
Sulf. praecip. 2,0
Pyrogallol. oxyd. 0,4.

Bei hartnäckigen Unterschenkelgeschwüren ist geeignet:

Past. Zinc. sulf. 20,0
Pyrogallol. oxyd. 0,1
Mf. pasta.

Das Pyrogallolum oxydatum ist auch stabiler und für Dauerpräparate sehr geeignet, so für Pflastermulle, Seifen. Kurz das neue Präparat hat sich in der Praxis

überall bewährt, wo man nicht gerade die entzündliche, auf Reduktion beruhende Wirkung des Pyrogallol ausnahmsweise wünscht. Weitere Untersuchungen sollen sich auf die chemische Konstitution, weitere klinische Prüfung der verschiedenen Oxydationsprodukte, auch verwandter Heilmittel, erstrecken. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Airol, ein neues Wundheilmittel, von Hahn-Pyritz. (*Ärztl. Prakt.* 1896. No. 13.) Airol ist ein graugrünes, geruchloses, spez. leichtes, in verdünnten Mineralsäuren und Laugen lösliches, in Wasser, Alkohol, Äther unlösliches Pulver. Chemisch ist es Wismutoxyjodidgallat, also Dermatol, in welchem eine Hydroxylgruppe durch Jod ersetzt ist. Es soll die Vorzüge des Dermatols und Jodoforms vereinigen und ein Ersatz des letzteren sein. Das Jod spaltet sich in dem alkalischen Wundsekret leicht ab, was sich durch Übergang der graugrünen in rötlichgelbe Farbe des Pulvers kund thut. Hahn lobt das Mittel, welches er zuerst bei einer gangränösen Quetschwunde anwandte, wo Jodoform nur schwach wirkte, es kam darunter sehr schnell zur Abstofsung des Gangränösen und zu reger Granulationsbildung. Seitdem wendet es H. an Stelle des Jodoforms bei Exkoriationen, genähten Hautwunden an, ohne unangenehme Nebenwirkungen zu bemerken. Ganz eklatante Wirkung hatte das Mittel auch in einem Falle von Ulcus cruris mit starker Sekretion. Mit Glycerin aufgeschüttelt wurde Airol in eine Brustdrüsenfistel injiziert und führte schnell zur Heilung. Airol bei Geschlechtsleiden anzuwenden hatte H. keine Gelegenheit.

L. Hammerschlag-Essen.

Über den Wert des Amyloforms in der Chirurgie, von C. Longard-Aachen. (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 10.) Das Amyloform ist eine chemische Verbindung von Formaldehyd und Stärke, ein Pulver von weifser Farbe, vollständig geruchlos und ungiftig. Es fühlt sich sandig an, ist in allen Lösungsmitteln unlöslich und hat eine so hohe Beständigkeit, dafs selbst bei Temperaturen bis zu 180° keine Zersetzung eintritt. Es ist ein energisch wirkendes, desodorierendes und sekretionshemmendes Antiseptikum, welches neben seiner hohen Beständigkeit völlig reizlos und ungiftig ist und dem Jodoform in keiner Weise nachsteht. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über einige künstlich hergestellte Ester des Cholestearins, von Santi. (*Corresp. f. schw. Ärzte.* 1896. No. 21.) Neben den von Berthelot dargestellten Ester des Cholestearins bereitete S. nachfolgende: das Cholestearinstearat, das Palmitinat, das Oleat, das Acetat und das Benzoat. Die Haupteigenschaften derselben sind: 1. ihre schwere Verseifbarkeit in wässerigen Alkalien, 2. ihre geringe Löslichkeit in gewöhnlichem Alkohol. In der ersteren Eigenschaft liegt ein sicheres Mittel, die Ester des Cholestearins von den Glyceriden sicher zu trennen; in der letzteren ein solches um alles freie Cholestearin das in Gemengen vorkommen kann mit aller Sicherheit auszuscheiden, da Cholestearin in Alkohol leicht löslich ist.

C. Müller-Genf.

Dünndarmpillen und -Kapseln. (*Pharmac. Centralhalle.* 1896. No. 23.) Das Verfahren von Apotheker C. Fr. Hausmann in St. Gallen besteht darin, dafs die fabrikmäfsig fertig gefüllten Kapseln 18 Minuten in 0,8%iger Lösung von Formaldehyd gelegt, mit Wasser abgespült und bei 50° getrocknet werden, wovon die Gelatine derartig verändert wird, dafs sie zwar im Magensaft unlöslich ist, durch das Pankreasferment im Dünndarm aber aufgelöst wird. Ein weiteres Verfahren ist das folgende: Man löst Schellack in Boraxlösung, verdampft zur Trockne, befreit den Rückstand durch Lösen in Alkohol und Filtrieren von überschüssigem Borax, verdunstet den Alkohol, löst die zurückbleibende, Keratoid genannte, leimartige Masse wieder in Alkohol und überzieht mit dieser Lösung die Pillen. Nach dem Trocknen

bewegt man die derartig überzogenen Pillen 2 Stunden lang in 33 %iger Essigsäure hin und her und wiederholt später das Überziehen mit Schellack und das Behandeln mit Säure. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Gelanthum, von P. G. Unna. (*Deutsch. Medizinalztg.* 1896. No. 73.) Die Bemühungen des Verfassers um die Herstellung eines wasserlöslichen Firnisses haben durch die Herstellung des hier beschriebenen Präparates ihren Abschluſs gefunden, welches sich dem Unguentum Caseini anreiht. Das Gelanthum ist hergestellt durch Mischen des Traganthfirnisses mit der zum Teil durch Erhitzen ihrer Gelatinisierungsfähigkeit beraubten Gelatine in geringer, 2½ %iger, Prozentuierung. Durch diese Mischung erhält man ein Vehikel, welches die unlöslichen Medikamente auf das feinste verteilt, dauernd suspendiert erhält und schnell zu einer tadellosen, glatten, nicht klebrigen Decke eintrocknet. Das Gelanthum nimmt alle Medikamente in extremsten Mengen auf, so 50% Ichthyol, bis 40% Salicylsäure, Resorcin, Pyrogallol, bis 5% Carbolsäure, bis 1% Sublimat. Selbst einander sonst beeinflussende Medikamente bleiben im Gelanthum ohne gegenseitige Einwirkung. Durch diese Vielseitigkeit wird die Gelanthumbehandlung den Salben und Pasten ungeheuern Abbruch thun. Auch mit Fetten kann es bis 10% versetzt werden, mit Glycerin bis 20%. Eine parfümierte Mischung des Gelanthum mit 10% Fett wird als Gelanthecrême in den Handel gebracht. Die Herstellungsweise ist folgende:

Stücke rohen Traganthes werden mit der 20fachen Wassermenge 4 Wochen in der Kälte, dann einen Tag unter Rühren mit Dampf zum Aufquellen gebracht und durch Mull gepreſst. Die Gelatine wird kalt zum Quellen gebracht, dann in Unnas Dampftrichter nach längerer Einwirkung eines Dampfüberdruckes, welches ihr einen Teil der Gelatinisierungsfähigkeit entzieht, filtriert. Die Mischung beider Massen läſst man weitere zwei Tage im Dampf quellen, preſst sie durch Mull, setzt 5% Glycerin, etwas Rosenwasser und 2% Thymol zu. Der Gelanth enthält von Traganth und Gelatine je 2½ %. Die zuzusetzenden Medikamente müssen, soweit sie nicht in Wasser löslich sind, mit Wasser zu einer weichen Paste verrieben werden, bevor sie dem Gelanth beigemischt werden. Fette muſs man vorher mit Gummi und Wasser emulgieren.

Der Gelanth hat vor dem Zinkleim die Vorzüge:

1. sich kalt auftragen zu lassen;
2. keiner Watte oder Bindenbedeckung zu bedürfen;
3. auch an mit kurzen Haaren bedeckten Stellen sich auftragen zu lassen;
4. starke Wirkungen der inkorporierten Medikamente sich entfalten zu lassen;
5. sich mit allen Medikamenten, besonders mit hohen Dosen Salicylsäure zu mischen.

Mechanische Leistungen, wie der Zinkleim, entfaltet Gelanth nicht.

Vor dem Unguentum Caseini zeichnet sich Gelanth aus durch die gröſsere Aufnahmefähigkeit für Medikamente und Billigkeit. Bei stark pruriginösen, mit Epithelverdickungen einhergehenden Ekzemen und Prurigo dürfte das Unguentum Caseini den Vorzug haben, da es sich besser für Teer eignet und die Oberhautverdickung günstig beeinfluſst, während Gelanth indifferent ist.

Trockene, ausgedehnte Ekzeme eignen sich zuerst als Versuchsobjekte für Gelanth; dann umschriebene Dermatosen, wie Psoriasis. Hier wird man nach der Applikation mittelst Zinkpflaster oder Zinkleim leicht einen Dauerverband anlegen und gleichzeitig die Umgebung schützen.

Verfasser stellt das neue Präparat in Bezug auf seine Vollkommenheit den Salbenmullen, den Pflastermullen und dem Zinkleim an die Seite.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Formaldehyd-Casein, von Bohl. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 38.) Ein neues Präparat, ein Kondensationsprodukt aus Casein und Formaldehyd, dargestellt von Merck in Darmstadt wurde auf der Dorpater chirurgischen Klinik geprüft, wobei sich folgendes ergab:

Das Formaldehyd-Casein hat schwach antiseptische Eigenschaften, ohne die Mikroorganismen der Eiterung stärker zu beeinflussen wie andere Antiseptika. Es kann die Eiterung frischer Wunden verhindern, wenn diese nicht von vornherein stark infiziert waren.

Eiternde granulierende Wunden beeinflufst Formaldehyd-Casein langsam durch Beschränkung der Eiterung und adstringierende Wirkung auf die Granulationen. Eine Eiterung, welche durch nekrotische Gewebsfetzen unterhalten wird, ist durch Formaldehyd kaum zu beeinflussen; erst wenn dasselbe nach Abstofsung der nekrotischen Teile auf das Gewebe wirkt, vermag es die Sekretion einzuschränken.

Wirkungen auf gröfsere Entfernungen, z. B. von einer Wunde aus auf die infizierten Lymphbahnen kommen dem Formaldehyd-Casein nicht zu. Auf die Haut wirkt es nicht reizend, ja auch ekzematöse Stellen der Haut hindern die Anwendung desselben nicht.

Das Ulcus molle wird durch das Präparat langsam, das Ulcus durum gar nicht beeinflufst. Allgemeine Wirkungen oder Vergiftungen waren nicht zu beobachten.

Im ganzen erscheint das Formaldehyd-Casein in seiner Wirkung dem Glutol ähnlich. Besonders ist die Bildung eines aseptischen Schorfes bei frischen Wunden beiden eigentümlich, während ihre Wirkung auf eiternde Wunden nur eine beschränkte ist. *Neuhaus-München.*

Ein Fall von Jodoformvergiftung, von Mc. Cormack. (*The Brit. med. Journ.* 11. April 1896. S. 907.) Der Verfasser behandelte eine Verletzung am Mittelfinger der linken Hand mit antiseptischen Lösungen und mit Jodoform. Am dritten Tage zeigten sich Blasen am Zeige- und Mittelfinger. Der Jodoformverband wurde fortgesetzt. Am nächsten Tage war die Hand geschwollen, heifs, die Haut an den befallenen Fingern schälte sich ab, gleichzeitig zeigte sich am Körper ein masernähnlicher Ausschlag, der an einzelnen Stellen näfste. Nunmehr wurde das Jodoform bei Seite gesetzt und die Hand mit Lassarscher Paste eingerieben, worauf Heilung eintrat. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Wirkung des Loretins, von Wurth. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 40.) Verfasser hat das von Prof. Claus entdeckte jodhaltige Antiseptikum, das Loretin, als Seife bei einer Dame, die schon seit Jahren an einem sehr störenden und unangenehmen Ekzem der Hände infolge Erfrierens zu leiden hatte, mit so günstigem Erfolge angewandt, dafs er dasselbe nur empfehlen kann.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Pflasterpapiere, von Karl Herxheimer. (*Therap. Monatsh.* 1896. Heft 10.) Um eine gröfsere Klebekraft der Pflaster zu erzielen, hat H. gefunden, dafs dazu als Unterlage sich am besten Papier eignet und dem Apotheker Dr. Fresenius ist es gelungen, ein japanisches Seidenpapier zu erhalten, das ungeleimt unseren Anforderungen vollkommen entspricht. Die Pflastermasse ist je nach dem einzuführenden Medikament zu modifizieren. Die Grundlage der Mischung bildet entweder die Heftpflaster- oder die Picksche Seifenpflastermasse; letztere empfiehlt sich nur zu den Salicylpflasterpapieren. Die Prozentsätze der zu inkorporierenden Arzneimittel schwanken natürlich je nach dem Bedürfnis, doch ist zu merken, dafs durch zu hohen Gehalt an einzuführenden Körpern die Klebekraft des Papiers leidet. Einige

Arzneimittel, wie Chrysarobin und Pyrogallol lösten sich vollkommen in der Pflastermasse. Die bestrichene Seite des Papiers ist mit einem Mull bedeckt. Die Vorteile der Pflasterpapiere bestehen nicht allein in der Fähigkeit, sich den Falten der Haut enger anzuschmiegen, als die Pflastermulle, sondern auch darin, dafs sie äufserlich wenig auffallend sind, so dafs man sie im Gesicht z. B. kaum merkt. Es können beliebige Medikamente der Charta adhaesiva inkorporiert werden. Sie wirkten in 200 Fällen angewandt, alle reizlos; auch ist ihre Dauerhaftigkeit eine gute und sie sollen nicht teurer als die Pflastermulle sein. Zu erwähnen wäre nur noch, dafs Charta adhaesiva c. Bals. peruv. (10%) sich zur Zwischenbehandlung bei der Pyrogallol- oder Salicylkreosottherapie des Lupus vulgaris, ferner zur Überhäutung nach Auskratzung oder Paquelinisierung lupöser Flächen, sowie manchmal bei Ulcera cruris und für gewisse Fälle von Lupus erythematosus eignet. Bei Psoriasis der Handflächen uno Fufssohlen mit Rhagadenbildung hat H. von der Charta adhaesiva c. Pyrogallolo Heilungen gesehen. Die Salicylseifencharta hat sich bei der Neurodermitis chronica circumscripta, bei der Teer stets versagt, bewährt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die Verminderung der Wirksamkeit von Quecksilber-Sublimatlösungen, in welche organische Stoffe eingelegt werden, von Richard v. Zeynek. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 40.) Versuche haben dem Verfasser gezeigt, dafs aus Sublimatlösungen, in welche Drainröhren, Catgut oder Seide eingelegt sind, nach einigen Monaten das Sublimat ausgeschieden wird. Es finden sich am Boden Niederschläge von Quecksilberchlorür. Die antiseptische Kraft der Flüssigkeiten schwindet dadurch natürlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorläufige Mitteilung über die wirksame Substanz in der Schilddrüse, von R. Hutchinson-Edinburgh. (*The Brit. med. Journ.* 21. März 1896. S. 722.) Die verschiedenen Resultate, zu denen Baumann, Fraenkel und Drechsel bei ihren Untersuchungen hinsichtlich des wirksamen Prinzips in der Schilddrüsensubstanz gelangt sind, haben den Verfasser veranlafst, seinerseits Untersuchungen über diesen Gegenstand anzustellen. Auf Grund genauer Beobachtungen an Kranken teilt er mit, dafs sich die Proteide wirksam erwiesen haben. Diese sind nur in zwei Formen vorhanden, als Nucleo-Albumin und als Celloidsubstanz. Verfasser fand das erstere unwirksam, das letztere wirksam. Die Celloidsubstanz isoliert enthält eine beträchtliche Quantität Jod in organischer Verbindung. Weitere Mitteilungen hält sich Verfasser bevor. *C. Berliner-Aachen.*

Die Vorzüge des Thiols vor dem Ichthyol, von G. M. Murrn. (*New York Med. Journ.* 27. Juni 1896.) Das Fehlen eines spezifischen Geruches, sowie der etwas billigere Preis geben nach Ansicht M.'s dem ersteren Mittel den Vorzug. Er berichtet über günstige Resultate, welche er damit bei zwei Fällen von Ulcerationen und einem Fall (resp. vielleicht drei) von Tinea tonsurans capitis (vielleicht von der grofssporigen Varietät. Ref.) bei Mitgliedern derselben Familie erzielt hat.

Philippi-Remscheid.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Strikturen der Urethra des Weibes, von L. Kleinwächter. (*Wien. med. Presse.* 1895. No. 46.) K. berichtet über drei Fälle. Der erste Fall betrifft eine angeborene Verengerung der Urethra, welche mit einer rudimentären Entwickelung des ganzen Sexualsystems kompliziert war, die Harnröhre war ihrer ganzen Länge nach auffallend verengt, Harnbeschwerden bestanden nicht. Zeichen einer bestehenden oder überstandenen blennorrhoischen Erkrankung der Geschlechtsorgane sind nicht nachweisbar.

— Im zweiten Falle handelte es sich um eine Striktur, welche durch eine Verletzung durch den Geburtsakt zu stande gekommen ist. — Beim dritten Falle war die Striktur auf eine vorausgegangene blennorrhoische Urethritis zurückzuführen.

A. Aschner-Budapest.

Über die Elektrolyse bei der Behandlung der Urethralstrikturen, von D'Arenens. (*Policlinique.* 1896. No. 9.) Verfasser ist begeisterter Anhänger dieser Methode, welche besonders von Fort-Paris geübt und empfohlen wurde. Bezüglich des Instrumentes weicht er darin von F. ab, dafs er statt eines Elektrolyseurs mit einfacher, einen solchen mit doppelten Branchen benutzt, welche ein Oval bilden, dessen Durchmesser variiert und die Charrière'schen Nummern führt. Als Kontraindikation für die Anwendung der Elektrolyse betrachtet er ausschliefslich einen allzustark ausgesprochenen Grad der Sklerose und die Ausdehnung der Striktur über eine lange Strecke.

C. Müller-Genf.

Resektion der Urethra mit plastischer Operation bei impermeabler Striktur, von A. Cappelen-Christiania. (*Centralbl. f. Chirurg.* 1896. No. 23.) In einem Falle von impermeabler Striktur mit Urinretention und Urininfiltration im Perineum wurde in der Mittellinie vom Scrotum bis etwas vor die Analöffnung incidiert, wodurch ziemlich viel Pus und ungefähr ein Eflslöffel stark dekomponierten Urins entleert wurde. Eine Öffnung in der Urethra war nicht zu finden. Auf einem eingeführten Itinerar wurde dann die Urethra unmittelbar vor der Striktur gespalten, jedoch ohne dafs es möglich war, von hier aus irgend eine Öffnung nach dem dahinter liegenden Teil der Urethra zu finden, die sich wie ein fester Strang von ungefähr 2 cm Länge anfühlte. Die Urethra wurde deshalb hinter der Striktur geöffnet, und viel stinkender, alkalischer Urin entleert. Auch von dieser Öffnung aus war es nicht möglich, selbst mit den feinsten Bougies durch die Striktur zu kommen. Hierauf wurde ein Katheter in die Blase gelegt, die Bedeckungen am Scrotum gespalten und die Cystitis mit täglichen Borwasserausspülungen und Lapisinstallationen behandelt.

Nach 12 Tagen, nachdem der Urin klar und sauer geworden war, wurde die Striktur 2 cm festen, fibrösen, narbigen Gewebes, reseziert. Wären nun, wie ursprünglich die Absicht gewesen war, die resezierten Enden der Urethra vereinigt worden, so würde offenbar eine so grofse Spannung entstanden sein, dafs die Suturen kaum gehalten hätten. Deshalb wurde die Wunde ein paar Tage mit feuchten Umschlägen verbunden, bis alle Blutung gestillt war und nach 3 Tagen im Perineum nach Thiersch transplantiert, so dafs der Hautlappen von dem einen Hautrand bis zur Tiefe der Wunde und weiter auf der anderen Seite bis zum dortigen Hautrand aufgelegt wurde. Vorher war ein Katheter in die Blase gelegt worden, welcher durch die Perinealwunde herausgeführt war und während der Transplantation ganz nach hinten gehalten wurde. Das andere Ende des Katheters wurde darauf von hinten nach vorn durch das vordere Ende der Urethra geführt, wodurch der Hautlappen in der Tiefe der Wunde in situ gehalten wurde. Nach weiteren 16 Tagen wurden die Wundränder in ungefähr 3 cm Tiefe von den Hauträndern nach innen angefrischt und die so gebildeten Wundflächen mit 5 tiefen Suturen von Fil de Florence und oberflächlichen Hautsuturen über einem Katheter à demeure vereinigt. Nach im ganzen etwas über 2 Monaten war die Perinealwunde geheilt und der Katheter konnte entfernt werden. Bougie No. 28 liefs sich ohne Schwierigkeit einführen.

Nach 2 Monaten fand sich bei der endoskopischen Untersuchung ein kleiner Granulationszapfen, der anscheinend auf dem Übergang zwischen dem vordersten und dem neugebildeten Teil der Urethra safs. Der Granulationszapfen wurde entfernt, er war mit Epithel bekleidet. Die Übergangsstelle zwischen dem alten und neugebildeten

Teil der Urethra liefs sich nicht erkennen. Keinerlei Beschwerden. Bougie No. 27 ohne Schwierigkeit einführbar.

Ein Urteil über diese Operationsmethode wird erst nach Monaten und Jahren möglich sein. Jedenfalls dürfte sie aber die Behandlung in den Fällen abkürzen, wo die Enden der durchschnittenen Urethra sich nicht direkt vereinigen lassen.

H. Einhorn-München.

Riſs der Harnröhre bei einem Radfahrer, von Moniot. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 4.) Der 25jährige Mann geriet mit seinem Rade in einen Graben, wurde zunächst auf den vorderen Teil des Sattels geschleudert und von da zur Erde. Er empfindet im Damm nur wenig Schmerz, fährt 6 Kilometer weiter. Erst jetzt, da er urinieren wollte, bemerkte er die Blutflecken an seinen Kleidern und konnte nur mehr tropfenweise urinieren. Trotzdem legte er mit dem Rade noch weitere 8 Kilometer zurück. 48 Stunden später zeigte sich Schwierigkeit beim Urinieren, der Katheterismus war unmöglich, in der Mittellinie des Dammes fand sich eine nufsgroſse, blutunterlaufene Geschwulst vor. Urethrotomia externa. Das hintere Ende der Harnröhre wird erst am zweiten Tage nach der Operation entdeckt. Günstiger Ausgang. *Neuhaus-München.*

Die Behandlung der Ruptur der Harnröhre durch sofortige Naht und Drainage der Blase, von Robert F. Weir. (*Med. Record.* 9. Mai 1896.) Der Verfasser befürwortet, nach einer Verletzung des Perineums mit Urinbeschwerden und bei Abfluſs von Blut aus der Harnröhre eine ergiebige Incision des Perineums zu machen. Zeigt sich die Urethra verletzt, so soll sie sofort mit Seide oder Catgut genäht werden. Zum Schutze der genähten Stelle muſs die Blase drainiert werden, entweder durch einen Dauerkatheter oder besser durch eine Hebevorrichtung, nach einem Einschnitt oberhalb der Symphyse. Eine Abbildung veranschaulicht einen vom Verfasser zu diesem Zwecke angegebenen einfachen Apparat. *J. Appel-Altona.*

Ruptur der Urethra während des Coitus, von Heinrich Ganz. (*Prag. med. Wochenschr.* 1896. No. 26.) Ein Mann stöſst mit erigiertem Penis vor der Immissio wahrscheinlich gegen die Symphyse, bekommt sofort einen sehr lebhaften Schmerz und eine starke Blutung aus der Harnröhre. Es handelte sich um eine partielle Ruptur der Urethra, vielleicht verbunden mit einer Läsion des Corpus cavernosum an der Ansatzstelle der Eichel. Glatte Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes. Entfernung durch Urethrotomia interna, von Sinclair Tousey. (*Med. Record.* 2. Mai 1896.) Ein 30jähriger verheirateter Mann hatte sich einen hölzernen, eiförmigen Fremdkörper in die Harnröhre gebracht. Er safs 5 cm vom Meatus entfernt und bewirkte durch Aufquellung des Holzes vollständige Harnverhaltung. Nach einem vergeblichen Versuch mit einer Schlinge aus Silberdraht wurde ein schmales Messer bis $^1/_2$ cm über den Fremdkörper hinaus in die Urethra geführt und die Schleimhaut gespalten. Die Expression gelang dann leicht. *J. Appel-Altona.*

Ein merkwürdiger Fall von Fremdkörpern in der Harnröhre, von Gibert. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 5.) Ein Wärter hatte sich wegen geringer Harnbeschwerden eine etwa 30 cm lange Wachsbougie so stark eingeführt, bis sie nicht mehr weiter ging. Von da an konnte er überhaupt nicht mehr urinieren und erlitt fürchterliche Schmerzen.

Bei der Untersuchung sah man in der That noch ein Stück einer feinen Wachsbougie aus der Harnröhre herausragen, diese Bougie war bis zum Bulbus zu verfolgen,

hier schien eine Verdickung in Form einer Mandel vorhanden zu sein. Die Blase war in Handbreite oberhalb der Symphyse ausgedehnt. Der Patient war fast im Collapszustande.

Merkwürdigerweise war durch energischen Zug an dem vorliegenden Teil der Bougie, auch nach Einspritzung von Öl, das Instrument nicht heraus zu befördern, dasselbe hatte sich förmlich eingewurzelt und die Harnröhre bildete in ihrer Reizung gewissermafsen eine Form um das Wachs. Es wurde daher in der Dammgegend der äufsere Harnröhrenschnitt ausgeführt. Da fand sich im Halsteile des Bulbus eine cigarrenförmige weifse Masse von 6 cm Länge und 12 mm Durchmesser. Nach der Blase zu endigte sie hackenförmig in der Pars membranacea, nach dem Orificium externum zu verlängerte sie sich als Docht, wie man ihn aufsen bemerkte.

Die Entfernung dieses Wachsgebildes war nun leicht, unmittelbar darauf ergofs sich reichlich Urin. Auswaschung der Blase, Naht, Drainage durch die Wunde. Der Wundverlauf war nicht ganz glatt, da einmal Urinverhaltung eintrat; doch konnte der Patient 2 Wochen nach der Urethrotomia externa geheilt entlassen werden.

Neuhaus-München.

Ein Messingring 12 Jahre im Penis eingeschlossen, von Leflerve und Barbulée. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 4.) Der 24 Jahre alte Patient hatte vor 12 Jahren sein Glied in einen Vorhangring gesteckt. Das Organ schwoll stark an, den Ring brachte der Knabe nicht mehr heraus, trotzdem schwieg er. Der Ring schnitt immer tiefer ein, grub sich eine Furche, deren Ränder verdeckten ihn. Erst als 12 Jahre später der Patient gleich nach seiner Verheiratung geschlechtliche Versuche machte, traten heftige Beschwerden auf: Rötung, Anschwellung, Schmerzen im Gliede, Harndrang. So kam er zum Arzte. Entsprechend der durch den Ring gesetzten Kompression war der vordere Teil des Penis enorm geschwollen und bot das Bild der stärksten Phlegmone dar. In der Mitte fand sich ein weifsliches Band rings um das Organ, bestehend aus Narbengewebe, hier liefs sich in der Tiefe der harte Fremdkörper durchfühlen. Die Operation förderte einen Messingring zu Tage, der 72 mm lang, 3 mm breit und 1 mm dick war. Perforation des Harnröhrenkanals gering. Heilung. *Neuhaus-München.*

Ein Harnröhrenstein, von Rörig. (*Therap. Monatsh.* April 1896.) Ein 45jähriger Tischler leidet seit dem 19. Jahre an Dysurie und Inkontinenz; er kommt mit alkalischem Harn nach Wildungen, wo ein schon aufsen fühlbarer kolossaler Harnröhrenstein gefunden wird. Derselbe wird operativ entfernt. Bei der Operation entstanden Risse im Mastdarm und in der Harnröhre, die wiederholt die Naht nötig machen. Nach einem leidlichen Krankheitsverlaufe beginnt am 17. Tage ein Decubitus und der Kranke stirbt am 20. Tage. Der Stein besteht aus phosphorsaurem Kalk und zum kleinen Teil aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia, war bröcklich und von grauweifser Farbe. Gröfster Umfang in der Quere: 17 cm, in der Länge über 22 cm. Gewicht: 250 g. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fremdkörper in der Urethra und der Blase. (*Lyon méd.* 1896. No. 16.) Loison entfernte durch Perinealschnitt (ohne Narkose) eine 16 cm lange Stecknadel aus den Harnwegen eines 46jährigen Mannes. Die Spitze stack in der Pars membranacea, der Kopf in der Blase. Nachdem auf die Nadelspitze eingeschnitten und diese aus der Urethra hervorgezogen worden war, so dafs der 9 mm dicke Knopf noch im Kanal verblieb, drehte L. die Nadel so, dafs der Kopf nach vorn zu stehen kam und der Fremdkörper auf einfache Weise per vias naturales ans Tageslicht befördert werden konnte. *C. Müller-Genf.*

Die Entfernung einer während der chirurgischen Behandlung in der Harnblase zurückgebliebenen Bougie conductrice durch ein Instrument neuer Konstruktion, von S. Baumgarten. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 22 u. 23.) Verfasser teilt die in der Litteratur bekannt gegebenen Fälle von in der Blase zurückgebliebenen Kathetern und Katheterstücken mit, sowie die zu ihrer Entfernung getroffenen Maßnahmen. Der von ihm beobachtete Fall ist folgender: Bei Dehnung einer Striktur nach der le Fortschen Methode brach die Leitbougie ab und blieb in der Blase zurück; Verfasser dehnte die Striktur ruhig weiter, und als er sie nach drei Tagen bis auf No. 18 (Charrière) gedehnt hatte, führte er sein Instrument in die leere Blase, erfaßte damit die Leitbougie und entfernte sie leicht per vias naturales. Das von ihm konstruierte neue Instrument ist ein Guyonscher Haken, an dem vorne eine Leitbougie zur besseren Einführung durch Strikturen angeschraubt werden kann.

F. Hahn-Bremen.

Bei einem 12jährigen Knaben extrahierte Verhoogen mittelst Sectio suprapubica einen **voluminösen Blasenstein**, der die ganze Blase ausfüllte, nach der Urethra hin einen $2^1/_2$ cm langen Fortsatz trug und größtenteil aus Phosphaten bestand, die sich um einen Uratkern gebildet hatten. (*Policlinique.* 1896. No. 13.)

C. Müller-Genf.

Untersuchungen über die Muskelschichten der Harnblase und die Struktur des Sphinkter internus, von Versari. (*Policlinico.* 1896. No. 7.) In Übereinstimmung mit den meisten Autoren unterscheidet V. am Blasenmuskel 3 Schichten: eine äußere Lage longitudinaler Fasern, eine mittlere Schicht zirkulärer und eine innere longitudinaler oder plexiformer Fasern. Er hat auch den Verlauf dieser Fasern auf den verschiedenen Blasenflächen genau studiert. Der Sphinkter int. besteht beim Menschen aus dichtgedrängten, kurzen, zirkulären, glatten Fasern aus der mittleren und äußeren Muskelschicht. Er ist nicht überall gleichmäßig entwickelt, sondern hauptsächlich im hinteren Abschnitte (bei gewissen Tieren hingegen auch im vorderen). Der Sphinkter int. ist nicht nur beim Erwachsenen, sondern auch beim Kinde und dem Säugling gut entwickelt. Beim Manne, der Frau und den übrigen Säugetieren erstreckt sich der Blasenhals vom oberen zum unteren Rande des Sphinkter internus.

C. Müller-Genf.

Über die entnervte Blase, von Max v. Zeissl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 20.) Wenn Verfasser Hunden beide Nervi hypogastrici und Nervi erigentes resezierte, blieb die Blase bei wochenlanger Beobachtung vollkommen funktionsfähig. Reizte Verfasser den Vagus peripher, dann hatte das gar keine Wirkung. Dagegen trat bei gleichzeitiger peripherer, elektrischer Reizung beider Splanchnici eine Kontraktion des Detrusor ein, der nach 5—10 Sekunden die Eröffnung des Sphinkter folgte. Waren vor der Reizung beider Splanchnici beide hypogastrici und erigentes durchschnitten, dann blieb die Kontraktion des Detrusor wie die Eröffnung des Sphinkter aus. Die Reize, die vom Splanchnicus zur Blase gelangen, müssen also diese Nerven passieren. Es folgt aus diesen Versuchen, daß die Blase der Tiere automatisch wirkende, nervöse Apparate enthalten muß.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Enuresis, von W. F. Martin. (*Med. News.* 7. März 1896.) Ein kurzer klinischer Vortrag über den Gegenstand ohne wesentlich neue Gesichtspunkte. In therapeutischer Beziehung hat Verfasser vom Fluidextrakt der Rhus aromatica mit Glycerin (ℳ), dreimal täglich oder öfter einen knappen Theelöffel voll (3,75) gegeben, in manchen Fällen günstige Resultate gesehen. Am meisten Vertrauen hat er zu Atropin und giebt es bis zur Entwickelung von skarlatinösem Exanthem; bei einem 4—5jährigen

Kinde beginnt er mit 0,00015, ein- bis dreimal in zweistündlichen Pausen zu geben und steigt bis zur Darreichung von 0,0012 in refracta dosi. Es empfiehlt sich, diese Darreichung auch nach erzielter Besserung mehrere Wochen fortzusetzen. Die ätiologisch oft wichtige Phimose behandelt er stets durch mechanische Dehnung.

Philippi-Remscheid.

Einige Formen nicht obstruktiver Ischurie, von A. W. Stein. (*Med. Record.* 25. Juli 1896.) Die Unmöglichkeit der Blasenentleerung beruht: 1. auf Atonie der Muskulatur, Parese oder Lähmung des Detrusor vesicae a) infolge Überdehnung seiner Muskelfasern, b) infolge Atrophie und fettiger Degeneration; 2. auf nervösen Störungen a) funktionelle der Nervenzentren bei Alkoholismus, Narkotismus, Stupor pp., b) organische Affektion der Nervenzentren; 3. auf reflektorisch ausgelöstem Cystospasmus.

In den meisten Fällen von Atonie geht den Motilitätsstörungen eine Abnahme der Sensibilität voraus. Mitteilung einiger interessanter Krankengeschichten.

H. Einhorn-München.

Enuresis bei Kindern, von Harold Williams. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Unter den 62 Kranken des Verfassers befanden sich 34 Mädchen und 28 Knaben, das Geschlecht spielte also keine besondere Rolle; bei 13 Fällen konnte eine klare Ursache nachgewiesen und hierbei 12 mal nach Entfernung derselben die Inkontinenz behoben werden. Und zwar befand sich: 5 mal Oxyuris vermicularis, 4 mal Verklebungen an der Vorhaut, 1 mal Vulvo-vaginitis blennorrhoica, 1 mal chronischer Darmkatarrh, 1 mal Mastdarmverfall; für den Rest ergab sich keine bestimmte Ursache. Unter Berücksichtigung der von Zeissl jun. festgestellten anatomisch-physiologischen Thatsachen teilt nun Harold die Inkontinenzfälle in 2 Gruppen: die erste läfst eine örtliche Ursache auffinden, die zweite hat funktionellen Ursprung, indem die Thätigkeit der Blase und ihres Schliefsmuskels durch eine Ursache gestört wird, welche ausschliefslich in den nervösen Zentren ihren Sitz hat, den oberen sowohl, wie den medullären.

Neuhaus-München.

Zur Kenntnis der traumatischen, intraperitonealen Ruptur der Harnblase, von Holgerstedt. (*St. Petersburger med. Wochenschr.* 1896. No. 30.) Ein 33jähriger kräftiger Mann bekommt, als er in der Nacht zum Urinlassen aufsteht, plötzlich einen heftigen Schmerz unter dem Nabel und kann nicht urinieren. Der Katheter entleert bluthaltigen Urin. Das anfänglich gute Allgemeinbefinden wird schlechter, während der Blutgehalt des durch Katheter entleerten Urins abnimmt. Es gesellen sich peritonitische Erscheinungen hinzu und der Patient kommt ad exitum. Die Sektion ergiebt Ruptura vesicae; Peritonitis. Der Verfasser bringt die Ruptur in Zusammenhang mit einem Falle, den der Patient drei Tage vor dem plötzlichen Auftreten des Schmerzes erlitten hat, und erklärt, wie ein solches Trauma eine partielle Ruptur bewirken kann, die schmerzlos ist und erst Beschwerden macht, sobald sie durch allmähliche Zerrung zu einer totalen geworden ist.

Jessner-Königberg i. Pr.

Ein Fall von Blasenruptur, von K. Cramer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 1.) Der 49jährige, gesunde Patient war mit gefüllter Blase die Treppe hinunter auf den Unterleib gefallen. Er kam mit allen Symptomen der Blasenruptur ins Kölner Bürgerhospital. Bei der Operation fand man nach stumpfer Ablösung des Bauchfells den Rifs subperitoneal an der hinteren Seite der Blase. Extravesikale Vernähung nach Art der Lembertschen Darmnaht, keine Drainage der Blase, kein Verweilkatheter; Heilung.

F. Hahn-Bremen.

Extraperitoneale Zerreifsung der Blase, gefolgt auf die Anwendung der Spülung der Harnröhre im Verlaufe eines Trippers, von Audry. (*Ann. des mal. des*

org. gén.-ur. 1896. No. 5.) Nach der Ansicht des Verfassers sei dies der einzige bis jetzt veröffentlichte Fall von Blasenruptur bei Janetschen Spülungen.

Der 40jährige Patient bekam im Gefolge einer akuten Blennorrhoe eine mäßige Cystitis. Durch Auswaschung der Blase mit Arg. nitr. 1:500 klärte sich der Harn, worauf die Janetschen Spülungen mit Kalium permanganicum verordnet wurden. Die erste derselben wurde von einem hierin sehr erfahrenen Wärter gegeben, die Lösung war 1:3000 stark, die Druckhöhe 1 m 50 cm. Eben waren 250 g eingespritzt, als der Kranke heftigen, aber vorübergehenden Schmerz verspürte. Auch kann er die eingespritzte Flüssigkeit nicht ausurinieren, so daß sie mittelst Nelaton entfernt werden mußte. Allmählich kehrten Schmerzen im Unterleib zurück, ließen sich auch durch Opiate nicht beseitigen. Schlechtes Allgemeinbefinden. Am anderen Tage findet man im Bereiche der Regio praevesicales eine dicke, regelmäßige Masse, sie giebt matten Perkussionsschall, scheint die Blase zu sein. Auch hat der Kranke seit 24 Stunden nicht mehr uriniert. Durch Nelaton wird der Urin entleert, es kommen nur 30—40 g bräunlicher Flüssigkeit, besät mit fleckigen Fetzen, die mikroskopisch untersucht als rote Blutkörperchen sich ausweisen. Kein Fieber. Zunächst wurde umschriebene Peritonitis mit Einbeziehung der Blase diagnostiziert. Da sich das Befinden allmählich verschlechterte, wurde eine mediane Incision unternommen, welche Urininfiltration in der Cavitas Retzii ergab und den Blasenriß diagnostizieren ließ. Keine Peritonitis. Eine Einspritzung in die Harnröhre kommt in der Wunde hinter der Symphyse zum Vorschein. Die Öffnung des Risses wird nicht gefunden. Wahrscheinlich sitzt diese tief und hinten. Drainage, Verweilkatheter. Heilung nach einem Monate. Der Verfasser glaubt, daß die Blase in leerem Zustande unmittelbar nach der Spülung und ihrer Entleerung geplatzt sei und durch die vorausgegangene Cystitis dazu disponiert war. Er rät zur Vorsicht bezüglich des bei den Spülungen zu verwendenden Druckes, sein Vertrauen zur Janetschen Methode sei darum noch nicht erschüttert. *Neuhaus-München.*

Auskratzung der Blase in hartnäckigen Fällen von Blasenentzündung, von Motz. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Nach einem geschichtlichen Überblick über die chirurgischen Eingriffe bei hartnäckiger Cystitis erörtert der Verfasser die bereits veröffentlichten Fälle und fügt 4 hinzu, die er in der Guyonschen Klinik beobachtet hat.

Unter 21 Fällen ergaben sich: 4 Mißerfolge, 2 leichte Besserungen, 5 mal Schwinden der Schmerzen, 6 beträchtliche Besserungen, 4 Heilungen. Das sind also ermutigende Resultate des Curettement.

Motz erwähnt Beobachtungen, wo die Schmerzen wiederkehrten, als man den Katheter zu früh wegnahm oder wenn die Fistel vor der völligen Besserung sich geschlossen hatte.

Die günstigen Resultate haben nach ihm folgende Ursache:

1. in der physiologischen Ruhe der Blase, die durch den Verweilkatheter oder durch die Bildung einer Damm- oder Blasenscheidenfistel erzielt wird;

2. in der Auskratzung der Schleimhaut, welche zwar die infiltrierten Herde nicht zerstörte, aber die spätere Einwirkung der Medikamente erleichtert.

Neuhaus-München.

Zur Anwendung des Verweilkatheters bei akuter Cystitis, von H. Schulz. (*Gyógyászat.* 1896. No. 33.) Verfasser teilt einen Fall mit, bei dem die üblichen therapeutischen Maßnahmen zu keinem Resultate führten und erst nach Anwendung eines Verweilkatheters die Cystitis sich zurückbildete. Es betraf eine 34jährige Frau, bei der die Douglashöhle wegen einer kindeskopfgroßen Eiteransammlung eröffnet wurde,

worauf die Temperatur zur Norm zurückkehrte. Fünf Tage nach der Operation stieg die Temperatur auf 39—40° und traten Cystitiserscheinungen auf; von Seite des Operationsfeldes normale Verhältnisse. Auf übliche Cystitistherapie gingen die Erscheinungen nicht zurück, vielmehr die Temperatursteigerung hielt schon 8 Tage an. Nun versuchte er einen Verweilkatheter, worauf die Temperatur bereits am nächsten Tage zur Norm zurückkehrte. Am dritten Tage traten Reizungserscheinungen durch den Verweilkatheter auf; derselbe mufste entfernt werden, worauf die Temperatur wieder auf 40° stieg und tagelang anhielt. Nun versuchte er einen Verweilkatheter, dessen Ende knopfförmig konstruiert war und der mittelst einer Uterussonde eingeführt wird. Der Vorzug desselben besteht darin, dafs keine Fixation notwendig ist, indem derselbe durch die knopfartige Verdickung am Blasenhalse hängen bleibt und so weniger Blasenreizung hervorruft. Daraufhin fiel die Temperatur wieder zur Norm herab. Nach drei Tagen wurde der Verweilkatheter entfernt, die Temperatur blieb normal, nach einigen Blasenwaschungen mit 3%iger Borsäurelösung genas die Kranke in kürzester Zeit. *A. Aschner-Budapest.*

Tuberkulose der Blase; ihre Erscheinungen und Behandlung mit Hülfe des Cystoskops, von E. Reynolds. (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. No. 14.) In 4 Krankheitsfällen, deren klinischer Befund und Verlauf genau mitgeteilt werden, wurden im Trigonum vesicae meist etwas nach aufsen oder direkt an der Urethralöffnung kleine, blasse Papeln beobachtet, die dann meist in kleine, blafsgraue Geschwürsflächen mit leicht erhabenen und gerötеten Rändern übergingen. Die Umgebung war meist nur sehr geringgradig injiciert. Bei der Behandlung erwies sich allein die direkte Ätzung mit dem Lapisstift mit nachfolgender Aristolinsufflation als wirksam, während 2 bis 4%ige Silbernitratlösungen ohne Erfolg blieben. In zwei Fällen konnten in dem von der Geschwürsfläche abgewischten Sekret Tuberkelbacillen nachgewiesen werden.

Die erste Patientin erlag nach deutlicher Besserung der Blasenerscheinungen der gleichzeitig bestehenden Lungenerkrankung. Bei der zweiten, die sich in schlechten äufseren Verhältnissen befand, traten trotz ständiger, rasch eintretender subjektiver Besserung und Verschwinden der Papeln nach 2—3 Ätzungen immer wieder neue Papeln auf. Einmal zeigte sich nach vorausgegangener Ätzung im Zentrum des an die Stelle der Papel getretenen Narbengewebes eine kleine Ulceration, was den Verfasser zu der Annahme veranlafst, dafs es sich von Anfang an um eine Pustel gehandelt habe. Zur Zeit der Veröffentlichung der Arbeit war die Patientin seit einem Monat vollkommen beschwerdefrei und auch die cystoskopische Untersuchung war ohne Befund.

Bei negativem Befund erregen hauptsächlich zwei Punkte den Verdacht auf das Bestehen einer tuberkulösen Läsion: 1. der mikroskopische Nachweis kleiner Quantitäten Blut und Eiter im Harnsediment bei dem Fehlen irgend einer entzündlichen Reizung des Trigonums und gleichzeitg bestehendem starken Harndrang, der durch die schmerzlos erfolgende Harnentleerung sich etwas bessert; 2. die Konstatierung von zahlreichen weifslichen Flocken auf normaler Schleimhaut, die mit Watte leicht entfernt werden können und aus Schleim und Eiter bestehen.

Die Schlufssätze des Verfassers lauten folgendermafsen:

Bei Verdacht auf Tuberkulose des Urogenitalapparates ist es unsere Pflicht, eine lokale Untersuchung vorzunehmen. Nach Stellung der Diagnose sind die Patientinnen unter möglichst gute äufsere Bedingungen zu bringen, und aufserdem ist eine Lokalbehandlung aller irgendwie erreichbaren Läsionen einzuleiten. Letztere führt oft überraschend rasch, selbst in verzweifelten Fällen, zu subjektiver und objektiver Besserung. *E. Einhorn-München.*

Exstirpation der Blasenschleimhaut wegen Tuberkulose der Blase, von Delagenière. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 1.) Ein 54jähriger Taglöhner dessen Lungenspitzen Raschelgeräusche hören liefsen, litt an heftigem Harndrang und Blutharnen. Da letzteres immer zunahm und nicht mehr zu stillen war, vollführte der Verfasser den hohen Blasenschnitt und entfernte die ganze Blasenschleimhaut. Die histologische Untersuchung derselben ergab auch wirklich, dafs sie von chronischer Tuberkulose befallen war. Der Kranke konnte 22 Tage nach der Operation bei bestem Befinden entlassen werden. Die Wunden waren geschlossen. Seitdem blieb der Urin normal und blutfrei. Freilich starb der Kranke ein halbes Jahr später an seiner Lungentuberkulose.

Zum Schlusse empfiehlt der Verfasser die Entfernung der von Tuberkulose ergriffenen Blasenschleimhaut als eine nicht zu ernste Operation. Sie könne bei jeder Hämaturie vesikalen Ursprungs palliativ nützlich wirken, noch mehr sei sie angezeigt, wenn in der Anfangsperiode der Blasentuberkulose erst die Schleimhaut ergriffen sei. Hier mifst er der Operation offenbar einen heilenden Charakter bei.

Neuhaus-München.

Einfache und zuverlässige Blasendrainage, von Robert H. M. Dawbarn. (*Med. Record.* 30. Mai 1896.) Abbildung und Beschreibung einer Vorrichtung zur Drainage der Blase mittelst Hebewirkung, welche der Verfasser seit Jahren in Gebrauch hat. Ein Zahnarzt in Buffalo erfand die Idee dazu schon vor 25 Jahren. So kommt es, dafs Cathcart in Edinburgh, welcher 1895 zuerst etwas darüber veröffentlichte, irrtümlich für den Erfinder eines neuen Apparates angesehen wurde.

J. Appel-Altona.

Über die Hinzufügung eines einseitigen oder zweiseitigen queren Schnittes zur medianen Sectio alta, von Audry. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 3.) In gewissen Fällen, besonders bei gröfseren Geschwülsten der Blase, giebt der median gehaltene hohe Blasenschnitt nicht genug Zugang und Licht. Für solche Vorkommnisse schlägt Verfasser vor, noch quer, seitlich vom Längsschnitt, zu incidieren. Unter Umständen genügt ein Seitenschnitt, in anderen Fällen aber, z. B. bei einem von der Mitte ausgehenden, grofsen und tiefsitzenden Tumor sind zwei seitliche Schnitte nötig. Man erhält aber dadurch auf einfachere und weniger bedenkliche Art Zugang und Licht, als etwa durch Schambeinresektionen, die Symphyseotomie. Diese Seitenschnitte haben alle Weichteile bis zur Blase zu durchtrennen, sie werden später genäht, während man einen Teil des medianen Schnittes der Drainage halber offen halten solle.

Ein so operierter Tumorfall mit sehr gutem Ausgange dient, genau geschildert, zur Erläuterung.

Neuhaus-München.

Über eine neue Methode, die Harnblase durch das Cavum ischio-rectale zu eröffnen, von Isaak Levin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 13.) Verfasser giebt eine Methode an, um die Blase von der Seite zu eröffnen: Füllung der Blase, Sternschnittlage mit erhöhtem Becken; Schnitt 8—10 cm lang oberhalb einer Linie, welche Anus und Tuber ischii verbindet; Unterbindung der Vasa haemorrhoidalia; Spaltung der Fascia und des Musc. levator ani; Eröffnung der Blase. — Vorteile der Operation: der Schnitt liegt an der tiefsten Stelle der Blase; Übersehbarkeit der Seitenwände, tiefe Lage der Wunde und daher keine Gefahr der Urininfiltration.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neuere Untersuchungen über die Physiologie der Samenblasen, von Eugen Rehfisch. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 16.) Verfasser kommt nach seinen Experimenten zum Schlufs, dafs das reine Hodensekret keineswegs zur Befruchtung

ausreicht. In diesen Versuchen war es gleichgültig, ob das Hodensekret nach Tötung des Tieres direkt aus der Epididymis in die Vagina gebracht worden war, oder ob, wie in den Steinachschen Untersuchungen, eine regelrechte Cohabitation stattgefunden hat. Wenn Steinach aber in den Fällen, in denen er nur die Samenblasen exstirpiert hatte, noch relativ häufig Befruchtungen erzielt hat, so lehren diese Versuche gerade, dafs bei den Ratten wenigstens der Samenblaseninhalt durch andere Sekrete, etwa die der Prostata und der Cowperschen Drüsen ersetzt werden kann. Denn wie Verfasser durch die Sektion eines Kaninchenweibchens unmittelbar nach dem Coitus gezeigt hat, treten in einer normalen Cohabitation so aufserordentlich viel Flüssigkeitsmengen auf, in denen die Spermatozoen sich leicht fortbewegen können, dafs man vor allen in dem Fehlen dieses flüssigen Menstruums die Ursache für den negativen Ausfall der künstlichen Befruchtungsversuche mit reinem Hodensekret erblicken kann.

L. Hoffmann-Berlin.

Die Entstehung der Samenkörper. Vorläufige Mitteilung, von Karl v. Bardeleben. (*Anat. Anzeiger.* 1896. No. 23 u. 24.) Die Auffassung des Verfassers geht im wesentlichen dahin, dafs die Köpfe der Spermatozoen aus den Spermatiden entstehen, welche durch Karyokinese aus den runden, dunkelkernigen Randzellen (Spermatogenien) hervorgehen. Die Schwänze und insbesondere der Axenfaden entstehen aus den Zellen mit blassem Kern oder Kernkanälchen, dieselben entsprechen den Sertolischen Stütz-, Fufszellen, und zwar auf amitotischem Wege durch Auswachsen oder Zerfall. Die getrennten Bestandteile vereinigen sich dann durch Hineingelangen des hohl angelegten Achsenfadens in die hintere schlauch- oder ballonförmig gewordene Kopfanlage. Es geht also die befruchtende und bewegende Substanz aus verschiedenen Arten von Hodenzellen hervor. Die Vereinigung beider Teile möchte Verfasser als „Konjugation", die beiden Arten von Hodenzellen als „Kopfzellen" und „Schwanzzellen" bezeichnen. Dieser Vorgang gilt für die Wirbeltiere, wie mutatis mutandis für die wirbellosen Tiere.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die sog. Zwischenzellen des Hodens und deren Bedeutung bei pathologischen Veränderungen, von D. Hansemann. (*Virch. Arch.* 142. Band. 1895.) Im Zwischengewebe der Hoden mancher Tiere giebt es eigentümliche grofse, häufig pigmentreiche Zellen, die besonders schön beim Kater, Eber und Maulwurf ausgebildet sind, beim Menschen nur wenig ausgebildet. Sie haben eine regelmäfsige, oft etwas eckige Gestalt, wie Leberzellen, oder auch wie Pigmentzellen der Retina.

Während diese Zellen während der Entwickelung der menschlichen Hoden in der letzten Intrauterinzeit sehr deutlich sind und in den ersten Lebensjahren durch ihren Protaplasmareichtum noch stärker hervortreten, verschwinden sie im 14.—15. Lebensjahre mehr und mehr im umgekehrten Verhältnis zur Entwickelung der Kanälchen; im ausgebildeten Hoden sind sie kaum mehr aufzufinden. Eine ausgesprochene Vermehrung dieser Zellen höchsten Grades fand Verfasser bei einem an perniciöser Anämie verstorbenen 44jährigen Mann, nicht ganz so hochgradig bei einem 50jährigen Potator, der eine hochgradige Hämochromatose des Darms und der mesenterialen Lymphdrüsen erkennen liefs; Todesursache war Pneumonie. Die eigentliche Bedeutung der Zellen liegt nach des Verfassers Ansicht auf dem Gebiete der Geschwulstbildung. Aus der Fülle der Geschwulstformen des Hodens läfst sich eine herausgreifen, die sich bald mehr als grofszelliges Sarkom, bald mehr als Carcinom darstellt. Jedoch tritt die carcinomatöse Natur dieser Tumoren nur bei frischer Untersuchung oder bei schwacher Vergröfserung hervor und zwar dadurch, dafs sie neben den grofsen, polymorphen und protoplasmatischen Zellen ein deutliches alveolär angeordnetes und manchmal kleinzellig infiltriertes Stroma besitzen, das die grofsen

Parenchymzellen in Gruppen teilt und umschliefst. Bei stärkerer Vergrößerung sieht man, daſs die grofsen Parenchymzellen dieser Geschwülste von einer feinen Intercellularsubstanz netzartig umgeben sind. In Wirklichkeit sind es also stets Sarkome und nie Carcinome. Diese Geschwülste unterscheiden sich ganz charakteristisch von den übrigen Sarkomen der Hoden, die gleichmäſsiger aus kleineren Rundzellen oder Spindelzellen zusammengesetzt sind, ebenso von den Endotheliomen, bei denen die Zellen in reihenförmigen Zügen angeordnet sind, auch von den wirklichen Carcinomen unterscheiden sie sich leicht durch die Intercellularsubstanz. Die Ähnlichkeit der Zellen solcher Tumoren mit den grofsen Zwischenzellen ist so auffallend, daſs man nicht an ihrer Herkunft zweifeln kann. WALDEYER machte als erster darauf aufmerksam, daſs aus den Zwischenzellen der Hoden Geschwülste hervorgehen, die er als plexiforme Angiosarkome bezeichnete. Der Verfasser erläutert seine interessanten Ausführungen, indem er eine Reihe instruktiver Abbildungen beifügt.

Karl Ries-Stuttgart.

J. EDMONDSON beschreibt (*Amer. med.-surg. bull.* 25. Juli 1896. No. 4) einen Fall von linksseitigem **Hodenschmerz**, der seit 5 Jahren ununterbrochen andauerte und im Anschluſs an eine Varicocelenoperation aufgetreten war. Heilung durch Behandlung einer gleichzeitig bestehenden Anusfissur; Divulsion des Sphincter ani nach MARTIN.

H. Einhorn-München.

Ein Fall von Achsendrehung des Hodens, von A. SHEEN. (*Lancet.* 11. April 1896.) Ein 18jähriger Jüngling war ohne irgendwelche vorherige Symptome nachts mit lebhaften Schmerzen und Schwellung des einen Hodens aufgewacht. Als einziges ätiologisches Moment wurde festgestellt, daſs er tags zuvor einen Sprung über eine ziemlich hohe Hecke gemacht hatte.

Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit hielten an, so daſs am sechsten Tage eine Incision in die Tunica vaginalis zur Entspannung nötig erschien. Trotzdem und trotz fieberlosen Verlaufs entstand Mortifikation des Hodens, welcher durch den sich wieder lockernden Einschnitt heraustrat. Die Untersuchung des nunmehr entfernten Hodens ergab Achsendrehung der Chorda spermatica und sekundären hämorrhagischen Erguſs im Nebenhoden. Diese Fälle sind selten und nicht leicht zu diagnostizieren, wie denn auch Verfasser die Diagnose auf hämorrhagische Orchitis gestellt hatte. G. NASH hat über einen Fall, der nach Zurückdrehen des Stranges günstig verlief, berichtet.

Philippi-Remscheid.

In einem von F. PARONA beschriebenen Fall von **kongenitaler Anomalie des rechten Hodens** bestand der stark verdickte Samenstrang 1. aus dem verdickten Vas deferens mit einer begleitenden Arterie und dünnen Nervenfasern, 2. aus einem Convolut variköser Venen und 3. aus einer Vene und Muskelgewebe. Der erste und zweite Strang endeten in ein abgeplattetes kleines Gebilde, das Verfasser für den Nebenhoden ansieht; der dritte Strang stand in Verbindung mit zwei etwas gröſseren rundlichen Körpern, die aus Hodensubstanz bestanden. Von diesen letzteren war nur einer mit dem Nebenhoden durch einen dicken fleischigen Strang verbunden, während der kleinere, rundliche Körper sowohl von den anderen zwei als auch vom Samenstrang unabhängig war. P. nimmt an, daſs es sich um eine unvollständige Verschmelzung der Hodensackgebilde untereinander handle. (*Policlinico.* 1896. No. 5.)

C. Müller-Genf.

Medullarkrebs bei einem Manne von 59 Jahren, der an Ektopie eines Hodens litt (cruro-scrotale Abart), von BINAUD und CHAVANNAZ. (Nach *Annal. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 7.) Bei dieser Beobachtung erscheinen folgende Punkte besonders beachtenswert:

1. Das Alter des Kranken (59 Jahre). Unter den zahlreichen ähnlichen Beobachtungen von Monod und Terillon fand sich nur einmal ein Kranker über 50 Jahre.

2. Nach den gleichen Autoren beobachtete man den Krebs des ektopischen Hodens nur im Leistenkanale, hier aber entwickelte er sich in der cruro-skrotalen Gegend.

3. Diese Abart von falscher Lage des Hodens hatte sich nur langsam herausgebildet, ursprünglich befand sich der Hoden im Leistenkanale, stieg erst im 50. Jahre herab und entwickelte sich in den letzten zwei Jahren zum Tumor der linken Seite. Die eigroſse Geschwulst wurde durch Kastration entfernt, die histologische Untersuchung ergab Medullarcarcinom. Der Leistenkanal erwies sich nahezu frei.

Neuhaus-München.

Bei seinen Untersuchungen über die **Wirkung der Kastration auf die Entwickelung des Knochensystems** hat Poncet auffallend oft ein vermehrtes Wachstum besonders der Knochen der unteren Extremitäten konstatiert und stellt seinen Tierexperimenten das öftere Vorkommen von Riesenwuchs bei den Eunuchen zur Seite. Ganz entgegengesetzt verhält sich die Exstirpation der Schilddrüse, welche Zwergwuchs zur Folge hat. (*Lyon méd.* 1896. No. 14.) *C. Müller-Genf.*

Über Hodenprothesen, von Loumeau. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux.* 1896. No. 10.) In Anbetracht der deprimierenden Wirkung der Kastration auf das Gemüt der Operierten ersetzt L. in geeigneten Fällen die exstirpierten Testikel durch solche aus Seide, welche vor denjenigen aus Glas oder Metall den Vorteil der Leichtigkeit und der Elastizität haben. Dieselben lassen sich sehr gut desinfizieren und aseptisch aufbewahren. L. ist mit dem Erfolge seiner Neuerung sehr zufrieden.

C. Müller-Genf.

Le Clerc berichtet über zwei Fälle von **Spermatorrhoe,** die er mit bestem Erfolge mit dem **Psychrophor** von Winternitz behandelt hat. Verfasser macht darauf aufmerksam, daſs die Spermatorrhoe keine Affektion sui generis, sondern ein Symptom darstellt. In dem einen Falle handelte es sich denn auch um eine alte Blennorrhoe mit Cystitis und muſste die Anwendung des Psychrophors mit Höllensteinkauterisationen der Urethra posterior kombiniert werden. Der zweite Patient war in der Jugend der Onanie ergeben gewesen, aus welcher eine hochgradige Depression des Gemütszustandes und bedeutende Störung des Allgemeinbefindens entstanden war. (*Policlinique.* 1896. No. 7.) *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von **frühzeitigem Verschluſs der Ductus ejaculatorii,** von Burnett. (Nach *Ann. des mal des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Ein 35jähriger Mann kam in die Behandlung Burnetts wegen linksseitiger Hodenentzündung. Bei dieser Gelegenheit und besonders nach Abheilung der Epididymitis stellte sich heraus, daſs der Patient an Aspermatismus litt; die Endoskopie ergab ein atrophisches Veru montanum, eine sehr kurze Pars prostatica urethrae. Die Palpation entdeckte eine wohl normal geformte, aber weiche und viel zu kleine Prostata, sie war kleiner als bei einem 10jährigen Knaben. Aus der Anamnese und einer Narbe am Damm ging hervor, daſs der Patient als 6jähriger Knabe wegen Blasenstein mittelst seitlichen Dammschnittes operiert worden war, hierbei wurden offenbar die Ductus ejaculatorii verletzt, sie obliterierten, erzeugten Schwund der Prostata und der Samenbläschen, Aspermatismus war die weitere Folge. *Neuhaus-München.*

Über **primäre gummöse Epididymitis,** von Reale. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Der Verfasser giebt zunächst die Krankengeschichte eines an primärer gummöser Epididymitis leidenden Mannes bekannt, der 8 Jahre früher

Schanker und 4 Jahre vorher Tripper erworben und schliefst dann eine allgemeine Besprechung des Themas an:

Der Nebenhoden könne in der tertiären Periode von spezifischer Erkrankung befallen werden, völlig unabhängig von den benachbarten Geweben; schon Tanturri habe 1871 dessen primäre gummöse Entzündung beschrieben. Auch sei das Leiden nicht selten, Reale hat es in Neapel 155 Mal unter 4362 tertiär Erkrankten gefunden. Am häufigsten wurde diese gummöse Epididymitis bei Personen im Alter von 30 bis 40 Jahren beobachtet, doch auch einmal bei einem Neugeborenen. Das Leiden kann als Zeichen der Syphilis tarda sich kundgeben. Es tritt gewöhnlich einseitig auf, befällt fast immer den ganzen Nebenhoden. Die gummöse Infiltration kann vielfältig sein und mehrere Knötchen bilden, auch wird manchmal der Samenstrang von ihr heimgesucht. *Neuhaus-München.*

Morel beschreibt einen **Fall von hysterischer Epididymitis.** Patient hatte früher eine Blennorrhoe mit Recidiven durchgemacht, genas dann aber augenscheinlich vollständig, indem wenigstens in der Urethra kein Eiter mehr nachgewiesen werden konnte. In kurzen Zeiträumen traten dann ca. 20 sehr schmerzhafte Anfälle auf, welche mit akuter Anschwellung der Hoden verbunden war. Die Anfälle dauerten jeweilen nur einige Tage, wonach alles zur Norm zurückkehrte. Die Epididymitisattacken waren meist von einem Erythema nodosum der unteren Extremitäten begleitet. Als dann eine nervöse Krise von zweistündiger Dauer und einige Tage später eine Lähmung der rechten Hand eintrat glaubte Verfasser alle diese Zufälle auf eine Ursache, die Hysterie, zurückführen zu müssen. (*Méd. mod.* März 1896.)

C. Müller-Genf.

Fall von tuberkulöser Orchitis, erfolgreich mit dem galvanischen Strom behandelt. Dauernde Heilung, von Halsted-Boyland. (*Med. Record.* 16. Mai 1896.) Verfasser veröffentlicht den Fall erst, nachdem er sich drei Jahre lang von der andauernd bestehenden Heilung überzeugt hat. Der rechte Hoden des Patienten war hühnereigrofs geschwollen. Die Schwellung betraf mehr den Nebenhoden, als den Hoden selbst. Schon durch die klinischen Erscheinungen wurde unter exakten differential-diagnostischen Erwägungen Tuberkulose diagnostiziert. Sichergestellt wurde aber diese Diagnose durch die Bildung einer Fistel, in deren Absonderung Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. Der übrige Körper war gesund. Die Fistel wurde mit einer öligen Lösung von Campher-Naphtol ausgespritzt und heilte allmählich zu. Der Hoden selbst wurde mit dem konstanten Strom in Stärke von 10 Milliampères täglich einmal 10 Minuten lang behandelt. Der positive Pol kam direkt auf den Hoden, der negative auf den Samenstrang. Nach jeder Applikation konnte man ein Kleinerwerden des Hodens konstatieren. Nach sechswöchentlicher Behandlung war Restitutio ad integrum eingetreten. Nur eine leichte Resistenz war bei genauer Palpation zu fühlen. Vier Wochen lag der Patient im Bett, die letzten 14 Tage konnte er zum Elektrisieren in die Sprechstunde kommen. *J. Appel-Altona.*

Über die **Verkalkung der Tunica vaginalis als Komplikation einer alten Hydrocele,** von Roswell. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Mittelst Kastration entfernte Park eine grofse Hodengeschwulst bei einem 63jährigen Manne. Es handelte sich um eine grofse Neubildung mit 13 resp. 10 cm Durchmesser und mit harten Wandungen, welche das Gefühl einer Eischale erzeugten.

Als man die Geschwulst einschnitt, fand sich etwa 1/4 Liter Flüssigkeit; die Wand 3—6 cm dick. Die Innenfläche der Wand war runzlich, hart, ungleichmäfsig und stellenweise mit einer harten, kalkigen Masse bedeckt.

Hoden und Nebenhoden befanden sich verdickt, aber nicht degeneriert, im Grunde des grofsen Sackes. *Neuhaus-München.*

Über die Ruptur der Tunica vaginalis bei der Hydrocele, von BURDET. (Dissertation, Lyon 1896.) Nach den Untersuchungen des Verfassers sind dieselben nicht sehr selten (4 Fälle an der Klinik von Prof. PONCET im Zeitraume weniger Monate). Meist kommen sie nach Kraftanstrengung zu stande, zuweilen spontan oder nach einem Trauma. Die Tunicae vaginales, die zur Ruptur kommen, weisen immer ziemlich schwere Veränderungen auf: starke Verdickung, Kalkeinlagerungen, fettige Degeneration. Der Sitz der Ruptur zeigt keine besondere Prädilektionsstelle. Bei der Ruptur ergiefst sich das Exsudat zwischen Tunica fibrosa und vaginalis (Fälle von BURDET) oder aber in das Gewebe unter der Dartos. Die Ruptur der Tunica vaginalis erfordert baldmöglichste Radikaloperation der Hydrocele. *C. Müller-Genf.*

Über die **Injektionen von Jodoformäther in der Behandlung der Hydrocele**, von PONSARD. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 8.) Gegenüber der so häufig geübten Methode der Punktion mit nachfolgender Einspritzung von Jodtinktur, Karbolsäure u. a., und mit Rücksicht auf die dann entstehenden Mifsstände (Schmerzhaftigkeit des Verfahrens, langdauernde Schwellung, manchmal entstehende Gangrän, Recidive) empfiehlt PONSARD die Punktion mittelst der Nadel einer nicht zu grofsen Spritze (von 5—10 g Inhalt) vorzunehmen, die Flüssigkeit langsam und nicht vollständig ablaufen zu lassen, endlich 3—8 ccm 10%igen Jodoformäther einzuspritzen. Massage des Hodensacks ist dabei überflüssig, denn der Jodoformäther bildet vermöge seiner Flüchtigkeit eine gleichmäfsige Schicht in der ganzen Wand. Bei bedeutender Spannung kann man einen Teil der Jodoformätherdämpfe wieder austreten lassen. Nach Entfernung der Nadel genügt ein Kollodiumverband. Am nächsten Tage schon kann der Patient, eventuell mit einem Suspensorium versehen, seinen Beruf wieder aufnehmen. Verfasser rühmt an dem Verfahren folgendes: es sei fast schmerzlos bei der Anwendung und erzeuge auch nachträglich keine Beschwerden, sicher keinen Brand. In kürzester Zeit ist der Kranke wieder arbeitsfähig, da die Spannung des Hodensacks, welche sich manchmal einstelle, nicht belästige. Endlich scheine ein Recidiv nur ausnahmsweise einzutreten. *Neuhaus-München.*

Verschiedenes.

Vorläufige Mitteilung über bakteriologische Untersuchungen der Bubonenpest in Bombay, von CHILDE und SURVEYOR. (*The Brit. med. Journ.* 31. Oktober 1896.) Die ersten Fälle der Krankheit traten im September 1896 in einem dichtbevölkerten, zumeist von Getreidehändlern bewohnten Stadtteil auf, in welchem zahlreiche und grofse Getreidespeicher sich befanden. Die Einwohner bemerkten um dieselbe Zeit, dafs in ihren Häusern und Speichern hunderte von Ratten starben. Die Fälle zeigten alle klinischen Symptome der Pest, nämlich hochgradiges, rapide ansteigendes Fieber, das Auftreten eines Bubo mit diffuser Schwellung um denselben, gewöhnlich in der Leisten- oder Achselhöhlengegend gelegen, und grofse Prostration. Der Tod trat meistens am zweiten oder dritten Tage ein. Die Sterblichkeit war eine sehr grofse. Bei einem Patienten wurde im Urin, Sputum, im Serum vom Bubo und im Blute ein Bacillus gefunden, der dem von KITASATO beschriebenen völlig glich. Ein ganz ähn-

licher Bacillus wurde bei Ratten und Mäusen, welche in dem Pestbezirk starben, entdeckt, während er sich bei solchen aufserhalb dieses Bezirkes nicht vorfand. Eine erst kürzlich verendete Ratte enthielt die erwähnten Bacillen. Von dieser wurde eine gesunde Ratte geimpft. Sie starb innerhalb von 60 Stunden nach der Inokulation und zeigte im Blute und in allen ihren Organen denselben Bacillus. Eine weitere Überimpfung von dieser auf eine dritte Ratte hatte denselben Effekt. Es wurden nunmehr Reinkulturen auf Agar-Agar und Pepton von den verschiedenen Organen der dritten Ratte angelegt. Das Wachstum ging rapide vor sich. Nach 24 Stunden wurde eine kleine Quantität der Kultur einer gesunden Ratte unter die Haut injiziert. Sie starb in etwa 60 Stunden und zeigte unmittelbar nach dem Tode zahlreiche Bacillen.

Während sich die Injektionen als tödlich erwiesen, hatten Fütterungen von Mäusen und Ratten mit Kulturen des Bacillus keinen Effekt. *C. Berliner-Aachen.*

Die Eunuchen des kaiserlichen Palastes zu Peking, von MATIGNON. (*Ann. des mal. des. org. gén.-ur.* 1896. No. 12.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, einen jungen Eunuchen wegen Verengerung der Harnröhre zu behandeln und nahm daraus Veranlassung, sich etwas eingehender mit dem Körper des Kastraten zu beschäftigen. So entstand dann eine in Bordeaux erschienene Arbeit, die ihres ethnologischen und medizinischen Inhaltes wegen ein gewisses Interesse verdient. Derselben seien nun etliche Angaben entnommen. In dem geschichtlichen Überblick bemerkt MATIGNON, dafs die Eunuchen zuerst ums Jahr 1110 vor Christus erwähnt werden; damals galt die Kastration nur als Strafe. Als solche wurde sie auch noch in der Mitte dieses Jahrhunderts, z. B. 1851 den Rebellen gegenüber, in Anwendung gebracht. Frühzeitig schon wurden die Eunuchen im Palaste verwendet. Als aber mit der zunehmenden Üppigkeit die Strafpflege nicht mehr genug Eunuchen lieferte, fand man solche auf eine andere Art; man veranlafste arme Leute, ihre Kinder kastrieren und dann für den Dienst des Palastes eintreten zu lassen. So wurde eine förmliche Institution geschaffen, etwa um 112 nach Christus. Während nun anderwärts, z. B. in der Türkei, in Persien, jedermann Eunuchen halten kann, wer nur dafür das nötige Geld hat, sind sie in China das Privilegium des Kaisers und etlicher Mitglieder seiner Familie. Der Kaiser darf bis zu 3000 halten, die Prinzen und Prinzessinnen viel weniger. Die meisten Kastraten liefert der Süden der Provinz Tcheli und etliche Ortschaften um Peking. An Material scheint es selten zu fehlen, denn in China wird man Eunuch durch Gewalt, Geschmack, aus Armut oder Faulheit.

Die Kastration wird in einem Gebäude vorgenommen, welches in der Nähe der Palastthore sich befindet. Der zugezogene Operateur empfängt von der Regierung kein Gehalt. Seine Funktion ist seit langer Zeit in seiner Familie erblich. Von jedem Klienten erhält er 6 Taëls (24 Francs), von den armen die gleiche Summe erst später in Ratenzahlungen. Bei der Operation unterstützen Assistenten und zwei Lehrlinge seiner Familie den Operateur. Die Kastration selbst wird folgendermafsen geschildert: Der Patient wird auf eine Art Feldbett gelagert. Bänder drücken die Schenkel und den Leib nieder. Ein Gehilfe hält ihn kräftig an der Taille, zwei andere halten die Beine auseinander. Der Operateur ist entweder mit einem krummen Messer oder mit einer langen und starken Schere ausgerüstet. Mit der linken Hand fafst er Penis und Hoden („le et les"), drückt sie zusammen und dreht sie, um das Blut möglichst auszutreiben. In dem Augenblick, da er schneiden will, frägt er nochmals den Klienten oder dessen Eltern: Stimmt ihr zu? Erfolgt eine zustimmende Antwort, so schneidet er mit einem raschen glatten Schnitte Ruthe und Hoden ab. Sodann wird ein kleiner Bolzen von Holz oder Zinn in Form eines Nagels in die Harnröhre gesteckt. Die Wunde wäscht man dreimal mit gepfeffertem Wasser, dann

werden mit Wasser befeuchtete Blätter aus Papier über die Gegend gelegt und das Ganze wohl verbunden. Der Patient spaziert hierauf, von Gehilfen unterstützt, 2 bis 3 Stunden lang im Zimmer auf und ab, nachher darf er sich niederlegen. Die nächsten 3 Tage erhält der Operierte gar kein Getränk, der Verband wird nicht berührt, der Kranke leidet nicht blofs an seiner Wunde, sondern hauptsächlich durch die Harnverhaltung infolge des mechanischen Hemmnisses. Erst nach diesen 3 Tagen wird der Verband entfernt, und der Arme darf urinieren oder es wenigstens versuchen, denn es gelingt ja nicht immer. Kann er Harn lassen, gilt er als geheilt und empfängt Glückwünsche. Wenn aber das Urinieren nicht von statten geht, mufs der Operierte entsetzlich leiden und an der Harnverhaltung zu Grunde gehen, denn die Chinesen bedienen sich des Katheters nicht.

Nach der Amputation bleibt eine grofse Wunde zurück von etwa dreieckiger Gestalt mit nach unten gerichteter Spitze. Die Heilung erfolgt durch Granulation durchschnittlich in 100 Tagen. Trotz des so primitiven Vorgehens sind üble Zufälle selten, die Sterblichkeit beträgt 3—4%. Die häufigste Komplikation ist die Incontinentia urinae, nicht so häufig die Harnverhaltung. Wenn die Inkontinenz dem Operateur zu lange dauert, erhält der Patient Schläge; diese Behandlung gilt als ausgezeichnet und wird fortgesetzt, bis die Inkontinenz aufhört.

Um die Atresie des Kanals zu bekämpfen, wird ein kleiner Holzpflock oder eine Art Bougie von Zinn eingeführt, ständig an Ort und Stelle gelassen und nur vor dem Urinieren weggenommen.

Die entfernten Geschlechtsteile, Hoden und Penis, tragen den Namen Edelsteine und werden, sei es von ihrem ehemaligen Besitzer, sei es vom Operateur, aufs sorgfältigste, von letzterem in etiquettierten Gläsern mit Alkohol, aufbewahrt. Die Sache ist deshalb von Bedeutung, weil jeder Eunuch bei seiner Beförderung im Range seine „Edelsteine" vorzeigen mufs und weil von Zeit zu Zeit förmlich danach geforscht wird. Die Operateure können dann unter Umständen, natürlich gegen gutes Entgelt, mit den gewünschten Edelsteinen aus der Not helfen. Auch ein religiöses Moment ist in Betracht zu ziehen: die Chinesen wollen mit intaktem Körper ins Jenseits kommen, es werden daher die „Edelsteine" stets mit in den Sarg gelegt. Fehlen sie und sind nur vom Operateur zu erhalten, so sind manchmal schon bis zu 15000 Francs dafür bezahlt worden.

Kaum ist die Wunde völlig verheilt, so beginnen schon die Störungen im Urinieren. Denn der von einer grofsen Narbe umringte Harnröhrenkanal sucht sich zu verengern. Blasenkatarrhe sind an der Regel. Gährung und Stauung des Harns veranlassen häufig die Bildung von Steinen aus Ammoniak-Magnesia.

Die Funktionen der Eunuchen sind sehr verschiedenartige; zu allen Rollen passend, haben sie oft genug die einflufsreichsten Stellen errungen. Alle Angestellten des kaiserlichen Palastes sind Eunuchen. Wenn nun abends bei Sonnenuntergang die Pforten der gelben Stadt geschlossen werden, giebt es unter den 6000 bis 7000 Personen, welche hinter den Palastmauern sich bewegen, nur einen Mann, den Sohn des Himmels. Die Eunuchen erhalten auch geistliche Funktionen, darunter sehr wichtige. 300 Eunuchen sind Schauspieler. Andere vermitteln den Verkehr des Kaisers mit seinen 72 Konkubinen, wobei ein sehr strenges Ceremoniel beobachtet wird.

Über die Klassifikation der Eunuchen, ihre Gerichtsbarkeit, Strafen, ihre Entlohnung und Schein-Ehen berichtet Matignon ebenfalls, zum Teil in amüsanter Weise. Was das Aussehen der Eunuchen betrifft, so betrachtet der Verfasser nach zahlreichen unbefangenen Beobachtungen das Vorkommen des speziellen Kastraten-Typus als Ausnahme. Nach ihm ist es ferner nicht richtig, die Eunuchen als blutgierig und gewaltsam zu bezeichnen. Der Kastrate sei vielmehr sanft, gefällig, seiner Niedrigkeit

sich bewufst. Seine Landsleute halten ihn für ehrlich. Er stiehlt wenig, ist mitleidiger als der gewöhnliche Chinese. Im Geschäfte zeigt er sich offen und freigebig. Die Eunuchen sind heiter, lieben die Kinder, fehlen solche, freuen sie sich mit Tieren, besonders Hunden. Alle lieben leidenschaftlich das Spiel, die meisten rauchen Opium.

Nach aufsen sind sie sittsam, wobei sie der Gedanke an ihre Verstümmelung leitet; ebendeshalb befriedigen sie die gewöhnlichen Bedürfnisse niemals so offen, wie der gewöhnliche Chinese es zu thun pflegt. Der Eunuche, welcher schon in jungen Jahren kastriert wurde, hat eine runde Figur und eine gewisse Körperfülle, aber sein Fleisch ist schlaff, er selbst apathisch. Meistens hat die Stimme den weiblichen Typus. Die etwa mit 20 Jahren Kastrierten verlieren oft ihre Haare, und ihre Stimme nimmt einen ebenso unangenehmen als grotesken Fistelklang an. Der Eunuche altert rasch, wird häfslich, seine Figur gewinnt etwas von traurig-drolligem Wesen. Und die altgewordenen gleichen alten Frauen in Männerkleidern.

Die Chinesen verachten die Eunuchen und geben dies vielfach kund.

Obwohl man annimmt, dafs die Kastraten völlig von wollüstigen Gedanken frei sind, so suchen sie doch die Gesellschaft der Frauen, haben Vergnügen an der Berührung mit ihnen, sehr wahrscheinlich benützen sie dieselben unguibus et rostro.

Mit einem Hinweis auf die Empfindlichkeit der Eunuchen und dem Rate, selbe zu schonen, schliefst der Verfasser den leicht lesbaren Artikel. *Neuhaus-München.*

Personalia.

Unser verehrter Mitarbeiter Dr. C. Boeck ist zum ordentlichen Professor der Dermatologie und Syphiligraphie in Christiania ernannt worden.

In Neapel hat sich Dr. N. Oro als Privatdozent für Dermatologie und Syphiligraphie habilitiert.

XII. Internationaler medizinischer Kongrefs in Moskau.

Sektion VIII. Haut- und venerische Krankheiten.

Die Fahrt von der Grenze nach Moskau II. Klasse kostet 20 Rubel oder 40,25 Mark; das Comité hofft, dafs diejenigen, welche ein Billet von irgend einer Grenzstation lösen und zurückfahren werden, 30% Preisermäfsigung auf den russischen Bahnen erhalten werden; vielleicht wird auch die Rückfahrt gratis sein. Die deutschen und schweizer Bahnen haben keine Ermäfsigungen bewilligt. Die französischen, norwegischen und italienischen haben 50% Preisermäfsigung zugestanden. Die ungarischen Bahnen fahren Passagiere mit Billet III. Klasse in der II. Klasse und solche mit Billet II. Klasse in der I. Klasse.

Für Einquartierung ist ein besonderes Comité gebildet und Mangel an Wohnungen wird nicht eintreten.

Für die zum Kongrefs mit ihren Männern reisenden Damen ist ein besonderes Damen-Comité in Moskau gebildet worden.

Alle Mitglieder des Kongresses fahren zuerst nach Moskau und dann auf Wunsch nach Petersburg oder anderwärts. *Prof. A. Pospelow.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 10. 15. Mai 1897.

Über die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten.

Klinisch-statistische Beiträge.

Von

Prof. Domenico Majocchi,
Direktor der dermosyphilopatischen Universitätsklinik zu Bologna.

(Schluſs.)

Zum Schluſs möchte ich noch bemerken, daſs ich hier teils wegen ihrer geringen Anzahl oder unsicheren Erfolges verschiedene therapeutische Versuche über einige Hautkrankheiten in der nachstehenden Statistik nicht aufgenommen habe. Beispielsweise erwies sich bei Lupus von der ersten Anwendung an das Jodolpfaster als kein geeignetes resolvierendes Mittel; und auch in anderen Dermatosen muſste ich von der Anwendung desselben Abstand nehmen. Es wäre indessen meiner Meinung nach angezeigt, bevor man einen bestimmten Schluſs auf die Wirkung des Jodolpflasters ziehen wollte, dasselbe erst noch länger und in einer gröſseren Anzahl von Fällen zu prüfen.

Mit aller Sicherheit läſst sich jedoch behaupten:

1. Daſs wir im Jodolpflaster ein vorzügliches, rasch antiphlogistisch und resolvierend wirkendes Mittel besitzen, das wie wir oben gesagt haben, gewöhnlich in zwei verschiedenen, untereinander von einer Stillstandsphase getrennten Perioden seine Wirkung äuſsert, bei akuten und chronischen Entzündungsgeschwülsten sich empfiehlt, hauptsächlich aber als ausgezeichnetes Behandlungsmittel bei den Adenitiden und Periadenitiden, sowie den Epididymitiden und Orcheoepididymitiden in Betracht zu ziehen ist;

2. daſs nach einigen in unserer Klinik angestellten vergleichenden Versuchen man behaupten kann, daſs dem Jodolpflaster als resolvierendem Mittel eine mehr bestimmte und vom Quecksilberpflaster verschiedene Anwendung zukommt, derart, daſs während die Anwendung des ersten (Jodolpflaster) bei einfachen Entzündungsprozessen sich empfiehlt, die des letzteren (Quecksilberpflaster) mehr bei spezifischen Entzündungen angezeigt ist.

Statistische Übersicht.

Dermo-syphilopatische Klinik. — Männliche Abteilung.

Serie A.

Adenitiden und Periadenitiden.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
1	1	P. G.	43	Bauer	Beiderseitige hyperplastische Adenitis infolge von weichem Schanker am Sulcus coronarius. Rechts: Geschwulst faustgroſs, hart, schmerzend. Links: Kleiner, hart, schmerzend. Beide aus multiplen Drüsenanschwellungen bestehend.	40 Tg.	66 Tg.	Der erste Fall der Jodolpflasterbehandlung am 27. Jan. 96. Sofortiges Nachlassen d. Schmerzen. Rasches Schwinden der akuten Entzündungserscheinungen in der ersten Periode (14 Tage). In der zweit. Periode (20 Tage) Stillstand. Stufenweiser und vollständiger Rückgang in der folgenden Zeit.
2	2	G. L.	19	Schuhmacher	Bilaterale Periadenitis infolge von weichem Schanker auf der Vorhaut. Haselnuſsgroſse, harte, schmerzende Knoten. Die Haut etwas gerötet.	60 Tg.	17 Tg.	Rascher und vollständiger Rückgang.
3	3	G. O.	35	Kellner	Periadenitis in der rechten Leistengegend infolge von weichem Schanker am Vorhautrand. Volumen: Wallnuſsgroſs; hart, schmerzend.	7 Tg.	15 Tg.	Vollständiger und rascher Rückgang der Geschwulst.
4	4	W. G.	18	Spängler	Bilaterale Periadenitis infolge von weichem Schanker am Bändchen. Rechts: Wallnuſsgroſse Geschwulst. Links: Haselnuſsgroſse, harte, schmerzh. Knoten.	6 Tg.	28 Tg.	Rasches Nachlassen und Verschwinden der Schmerzen. Rasche Involution in den ersten 14 Tagen, dann langsamer in den folgenden.
5	5	T. E.	83	Sicherheitswachmann	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Ebene handgroſse Geschwulst, wenig schmerzhaft.	?	29 Tg.	Rückgang geht langsam von Statten.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
6	6	N. A.	33	Dienstmann	Hyperplastische bilaterale Adenitiden infolge von multipl. weich. Schanker. Rechts: Geschwulst hühnereigroſs, hart, schmerzhaft. Links: Wallnuſsgroſs.	20 Tg.	20 Tg.	Rasche Volumenabnahme in den ersten 10 Tagen, dann langsamer Rückgang.
7	7	F. V.	27	Schmied	Eiternde Periadenitis in der linken Leistengegend. Rechts nicht eiternd; infolge eines Schankers am Sulcus coronarius. Nuſsgroſs.	2 Tg.	43 Tg.	Links: Punktion und Injektion von Jodoform und Glycerin; hierauf Applikation von Pflaster. In 12 Tagen Heilung des starken residuellen Infiltrats. Rechts: Wirkung des Pflasters infolge von Ausschreitungen des Patienten ziemlich langsam.
8	8	B. V.	28	Schmied	Periadenitis in der linken Leistengegend teilweise eiternd infolge weichen Schankers. Hühnengroſse, harte, schmerzhafte Geschwulst.	7 Tg.	52 Tg.	Trotz Anwendung des Pflasters tritt nach 10 Tagen vollständige eiterige Schmelzung ein. Punktion und Entleerung. Abermalige Applikation des Pflasters, welche in 24 Tagen die bedeutende residuelle Drüsenanschwellung zum Schwinden brachte.
9	9	G. V.	19	Limonadeverkäufer	Beginnende Periadenitis in der linken Leistengegend. Tripper. Wallnuſsgroſse, schmerzhafte Geschwulst.	2 Tg.	6 Tg.	Die Wirkung des Pflasters ist eine sofortige.
10	10	N. G.	30	Schuhmacher	Periadenitis in der rechten Leistengegend infolge von multiplem Schanker am Sulcus coronarius. Hühnereigroſs. Geschwulst bestehend aus multipler Drüsenanschwellung.	6 Tg.	43 Tg.	Nach 19 Tagen teilweise Schmelzung eines Knotens. Incision. Nach 14tägigem Aussetzen wird das Pflaster wieder appliziert, das in 11 Tagen jede Infiltration auflöste.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
11	11	Z. A. E	22	Tüncher	Eiternde Periadenitis in der linken Leistengegend, schon incidiert. Ausgedehntes tiefes Infiltrat in der Umgebung.	26 Tg.	18 Tg.	Der Rückgang der residuellen Infiltration war langsam, aber regelmäfsig.
12	12	P. G.	28	Schreiner	Periadenitis in der rechten Leistengegend, eiternd, infolge weich. Schankers. Hühnereigrofse, weiche, schmerzhafte Geschwulst.	20 Tg.	14 Tg.	Kein Erfolg. Nach 14 Tagen mufste die Eiteransammlung aufgeschnitten werden.
13	13	M. L.	35	Agent	Periadenitis in den beiden Leistengegenden. Rechts: Hühnereigrofse, fluctuierende, schmerzhafte Geschwulst. Links: Zwei Geschwülste, jede taubeneigrofs, hart, schmerzhaft.	?	16 Tg.	Links: Kein Erfolg. Rechts: Rasche Restitutio ad integrum.
14	14	M. C.	31	Packträger	Periadenitis inguinalis, eiternd; Tripper.	30 Tg.	16 Tg.	Punktion, Entleerung und Applikation des Pflasters. Langsamer stufenweiser und vollständiger Rückgang.
15	15	S. G.	22	Sattler	Vorgeschrittene Periadenitiden in den beiden Leistengegenden; nach vorausgegangener Eiterung schon vernarbt. Tiefes, unter der Narbe liegendes Infiltrat, hart, indolent.	?	12 Tg.	Die resolvierende Wirkung d. Pflasters war ziemlich rasch und regelmäfsig.
16	16	D. P.	25	Offizier	Periadenitis in den beiden Leistengegenden. Links: Eiternd. Rechts: Haselnufsgrofs, hart, schmerzhaft.	2 Tg.	7 Tg.	Links: Incision. Rechts: Rascher Rückgang.
17	17	A. M.	19	Bäcker	Subakute Adenitiden in d. beid. Leistengegenden. Ziemlich schmerzhaft. „Chancre mixte“ am Sulcus coronarius.	6 Tg.	20 Tg.	Nachlassen der Schmerzen und der Reaktionserscheinungen. Kein Erfolg, wegen des spezifischen Infiltrats, welches sich infolge der Syphilis entwickelte.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
18	18	M. B.	25	Hausierer	Periadenitis bilateralis infolge vorgeschrittenen weichen Schankers. Rechts: Hühnereigroſse, weiche, elastische, schmerzhafte Geschwulst. Links: Etwas kleiner, hart, schmerzhaft.	2 Tg.	10 Tg.	Rechts: Incision, starkes residuelles Infiltrat, auf welches das Pflaster appliziert wird. Links: Bedeutender Rückgang nach Anwendung des Pflasters.
19	19	A. G.	28	Lackierer	Adenitis in der linken Leistengegend infolge von weichem Schanker am Bändchen. Faustgroſs, hart, fibrös.	2 Mt.	84 Tg.	Bei Anwendung des Pflasters nimmt die Geschwulst an Volumen sehr ab; dann Stillstand, worauf die Leistenhöhlung entleert wurde.
		Dermo-syphilopatische Klinik. — Weibliche Abteilung.						
		Serie A.						
20	1	C. Z.	24	Prostituierte	Periadenitis in der linken Leistengegend, eiternd. Taubeneigroſs.	30 Tg.	20 Tg.	Punktion und Entleerung, Applikation des Pflasters auf der residuellen Schwellung. Rückgang.
21	2	G. D.	23	Prostituierte	Hyperplastische Adenitis in der rechten Leistengegend infolge von Schanker am Scheideneingang. Hühnereigroſs. Blennorrhoische Urethrovaginitis. Spitze Condylome d. Scheideneingangs. Erosion des Uterushalses.	60 Tg.	10 Tg.	Anfänglich mit Merkurialpflaster behandelt. Nach Behandlung mit Jodolpflaster geht die Geschwulst zurück.
22	3	F. F.	16	Sängerin	Drüsenschwellung am Halse. Hühnereigroſs.	seit Jahr.	60 Tg.	Teilweiser Rückgang. Es wurde auch das Serum von MARAGLIANO angewandt.
23	4	M. E.	24	Näherin	Hyperplastische Adenitiden in den beiden Leistengegenden infolge venerischen Geschwürs. Hühnereigroſs an beiden Leisten und in der linken Regio cruralis.	8 Tg.	30 Tg.	Vollständiger Rückgang durch das Pflaster.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
24	5	O. M.	23	Tagelöhnerin	Periadenitis in der linken Leistengegend. Taubeneigroſs, von pastös. Konsistenz. Blennorrhoische Urethrovaginitis.	7 Tg.	45 Tg.	Rascher Rückgang auf 1/3 des Volumens innerhalb 7 Tagen, langsamer in der letzten Periode.
25	6	U. A.	22	Prostituierte	Periadenitis in der linken Leistengegend infolge venerischen Geschwürs. Partielle successive Eiterung.	10 Tg.	13 Tg.	Incision, nachfolgende Behandlung mit Pflaster. Vollständiger Rückgang.
26	7	S. C.	25	Arbeiterin	Periadenitis in den beiden Leistengegenden. Darauffolgende partielle Eiterung der linken Adenitis.	30 Tg.	174 Tg.	Das Pflaster bringt das rechte residuelle Infiltrat in 24 Tagen zum Rückgang. Die lange Dauer der Krankheit war veranlaſst durch die fortgesetzte Eiterung des linken Adenitis.
27	8	G. F.	32	Zimmermädchen	Multiple beiderseitige Periadenitiden. Blennorrhoe. Darauffolgende Eiterung der linken Adenitis.	7 Tg.	—	Links: Kein Resultat. Eiterige Schmelzung. Drüsenexstirpation. Rechts: Vollständiger Rückgang.
28	9	T. T.	37	Näherin	Multiple beiderseitige Periadenitis infolge venerischen Geschwürs.	5 Tg.	—	Teilweiser Rückgang einiger Knoten; einige eiterten und werden nach und nach incidiert.
29	10	S. A.	47	—	Periadenitis in der rechten Leistengegend, eiternd infolge weichen Schankers an d. unteren Commissur. Hühnereigroſs, hart, schmerzhaft.	8 Tg.	29 Tg.	Incision d. eiternden Stelle nach 12 Tagen. Neue Anwendung von Pflaster. Vollständ. Rückbildung des infiltrierten Drüsenpackets. Raschee Nachlassen der Schmerzen.
30	11	B. C.	26	Schneiderin	Subakute Adenitis in beiden Leistengegenden, hart, schmerzhaft. Wallnuſsgroſs.	2 Tg.	20 Tg.	Langsamer und stufenweiser Rückgang der Geschwulst.

Dermo-syphilopatische Klinik: Ambulatorium. — Männliche Abteilung.

Serie A.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
31	1	R. G.	—	Student	Periadenitis in der linken Leistengegend. Wallnufsgrofs. Sekundäre Drüsenschwellung.	?	52 Tg.	Die Wirkung des Pflasters war langsam und stufenweise infolge der grofsen Anzahl der Drüseninfiltrate. Patient machte sich zuviel Bewegung; infolge dessen Ausgang in teilweiser Eiterung einer Drüse gegen Schluſs der Kur. Subkutane Punktion. Heilung durch fortgesetzte Behandlung mit Pflaster.
32	2	B. A.	—	Student	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Wallnufsgrofse, harte, schmerzhafte Geschwulst.	?	13 Tg.	Rückgang nach Anwendung von Pflaster rasch.
33	3	D. S. L.	—	Student	Periadenitis in der linken Leistengegend. Taubeneigrofs.	?	7 Tg.	Besserung. Patient kommt nicht wieder.
34	4	D. T. F.	—	Student	Tiefe Periadenitis in der linken Leistengegend.	8 Tg.	30 Tg.	Partieller Ausgang in Eiterung. Subkutane Punktion. Neue Applikation von Pflaster. Vollständiger Rückgang.
35	5	M. G.	—	Student	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Taubeneigrofs, hart, schmerzhaft.	4 Tg.	21 Tg.	Partielle Eiterung. Subkutane Punktion. Die residuelle Schwellung heilte nach Anwendung des Pflasters.
36	6	T. A.	—	Student	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Taubeneigrofs, äufserst schmerzhaft.	?	14 Tg.	Rasch geheilt mit Pflaster. Neigung zu völligem Rückgang. Patient kommt nicht wieder.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vord. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
37	7	T. C.	—	Student	Periadenitis inguinalis. Anfangs rechts; später links.	3 Tg.	25 Tg.	Vollständig geheilt, trotzdem nach dem ersten Rückgang der Geschwulst infolge der Behandlung mit Jodolpflaster ein Rückfall infolge übermäfsiger Bewegung des Patienten eintrat.
38	8	Z. V.	42	Maurer	Periadenitis in den beiden Leistengegenden. Anfangs links; später auch rechts.	?	25 Tg.	Die Adenitis rechts trat nach 8 Tagen auf, als die linke schon anfing zurückzugehen. Beide mit Jodolpflaster geheilt.
39	9	D. C.	24	Student	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Wallnufsgrofs, sehr schmerzhaft.	?	29 Tg.	Rasches Nachlassen der Schmerzen. Vollständiger Rückgang der Geschwulst.
40	10	F. A.	21	Buchbinder	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Wallnufsgrofs, sehr schmerzhaft.	?	4 Tg.	Rasche Besserung. Patient kommt nicht wieder.
41	11	S. C.	28	Arbeiter	Hyperplastische linksseitige Adenitis. Faustgrofs.	?	32 Tg.	Begann zurückzugehen. Patient kommt nicht wieder.
42	12	F. P.	49	Viktualienhändler	Periadenitis in der rechten Leistengegend, zum Teil eiternd. Volumen: Faustgrofs mit starker peripherischer Infiltration.	?	10 Tg.	Punktion und Applikation des Pflasters. Als der Patient sich das letzte Mal sehen liefs, war die Geschwulst beträchtlich zurückgegangen.
43	13	M. G.	29	Advokat	Hyperplastische Adenitiden in beiden Leistengegenden. Beide: Hühnereigrofs.	?	58 Tg.	Vollständig zurückgegangen, obwohl Patient die Kur wenig ernst nahm.
44	14	F. G.	19	Goldarbeiter	Linksseitige submaxilläre Drüsenanschwellung.	?	?	Nur einmal behandelt.
45	15	G. G.	26	Arbeiter	BeginnendePeriadenitiden in den beiden Leistengegenden.	3 Tg.	6 Tg.	Unterbrach die Kur, auf dem Wege der Besserung.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
46	16	M. A.	18	Schreiner	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Hühnereigrofs, hart, schmerzhaft.	—	22 Tg.	Teilweise eiterige Schmelzung. Incision. Neue Applikation von Pflaster. Vollständiger Rückgang.
47	17	C. G.	22	Barbier	Periadenitis in der linken Leistengegend. Hühnereigrofs, etwas weich.	?	6 Tg.	Nach leichter Besserung spricht Patient nicht weiter vor.
48	18	B. P.	21	Sicherheitswachmann	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Hühnereigrofs, hart, schmerzhaft.	?	22 Tg.	Vollständiger Rückgang.
49	19	C. L.	23	Student	Periadenitis in der linken Leistengegend. Taubeneigrofs.	?	5 Tg.	Auf dem Wege der Besserung. Patient kommt nicht wieder.
50	20	B. V.	34	Scherenschleifer	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Taubeneigrofs, weich und elast., später fluctuierend.	?	6 Tg.	Mufste incidiert werden. Pflaster ausgesetzt.
51	21	P. C.	38	Kärrner	Hyperplastische Adenitiden in beiden Leistengegenden. Gesamtvolumen: Hühnereigrofs.	?	—	Pflaster wurde nur einmal appliciert, Patient erscheint nicht wieder.
52	22	D.B.M.	18	Packträger	Periadenitis in der linken Leistengegend infolge weichen Schankers. Wallnufsgrofs, schmerzhaft.	2 Tg.	11 Tg.	Vollständiger und rascher Rückgang.
53	23	M. G.	31	Anstreicher	Periadenitis in der linken Leistengegend infolge von weichem Schanker.	?	?	Patient kommt nach einmaliger Behandlung nicht wieder.
54	24	M. A.	18	Schmied	Subkutane Periadenitis in der linken Leistengegend. Balanitis.	—	8 Tg.	Rascher Rückgang. Kommt später wegen Syphilis in die Klinik.
55	25	B. G.	32	Offizier	Periadenitis in der rechten Leistengend, später auch in der linken. Beide taubeneigrofs.	—	17 Tg.	Ausgang in Eiterung und freiwillige Entleerung wegen Nachlässigkeit des Patienten. Pflasterkur resultatlos.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
56	26	F. R.	18	Rentner	Periadenitis in der rechten Leistengegend infolge von weichem Schanker. Volumen hühnereigroſs.	12 Tg.	32 Tg.	Stufenweiser, vollständiger Rückgang.
57	27	D. T.	26	Beamter	Periadenitis in den beiden Leistengegenden infolge weichen Schankers.	20 Tg.	25 Tg.	Vollständiger Rückgang.
58	28	L. C.	28	Advokat	Periadenitis in der linken Leistengegend, später auch in der rechten. Beide taubeneigroſs. Blennorrhoe.	13 Tg.	15 Tg.	Zweimal behandelt. Vollständiger und rascher Rückgang.
59	29	G. I.	21	Student	Periadenitis in der linken Leistengegend infolge von weichem Schanker. Taubeneigroſs.	5 Tg.	8 Tg.	Teilweise Eiterung. Incision. Pflaster von neuem angewandt. Vollständiger Rückgang.
60	30	Z. U.	38	Schmied	Subakute Periadenitis in der rechten Leistengegend. Wallnuſsgroſs.	?	7 Tg.	Nur zweimal behandelt. War auf dem Wege der Besserung.
61	31	A. P.	34	Schriftsetzer	Multiple beiderseitige Periadenitiden. Gesamtvolumen: Hühnereigroſs.	?	12 Tg.	Bemerkenswerter Rückgang nach einig. Applikationen des Pflasters. Patient kommt nicht wieder.
62	32	M. E.	20	Barbier	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Hühnereigroſs.	?	—	Nur einmal behandelt.
63	33	T. A.	27	Küfer	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Taubeneigroſs.	?	18 Tg.	Rascher und völliger Rückgang.
64	34	B. A.	19	Hausierer	Periadenitis in der rechten Leistengegend. Wallnuſsgroſs.	?	?	Nur einmal in Behandlung.
65	35	G. T.	24	Bäcker	Periadenitis in der rechten Leistengegend infolge von weichem Schanker. Taubeneigroſs.	?	20 Tg.	Bemerkenswerter Rückgang der Geschwulst.
66	36	O. G.	19	Barbier	Periadenitis in den beiden Leistengenden. Rechts teilweise vereitert. Links hart, schmerzhaft.	?	31 Tg.	Rechts: Punktion und Entleerung. Links: Geht zurück. Patient kommt nicht wieder.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
67	37	R. A.	26	Goldarbeiter	Subakute Periadenitis in der linken Leistengegend. Tripper.	?	7	Rascher und vollständiger Rückgung nach zwei Behandlungen.

Dermo-syphilopathische Klinik.

Serie B.

Epididymiten und Orcheoepididymiten.

68	1	G. P.	26	Handelsmann	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden gänseeigroſs, hart, schmerzhaft. Nebenhoden gleichfalls dick, schmerzhaft.	?	7 Tg.	Tritt aus Familienrücksichten aus der Klinik aus. Rasche bemerkenswerte Abnahme der Konsistenz und des Volumens der Hoden.
69	2	A. G.	33	Eisenbahnarbeiter	Rechtsseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden hühnereigroſs, hart, schmerzhaft; Schwellung der Nebenhoden, schmerzhaft. Adenitis in der rechten Leistengegend. Taubeneigroſs, schmerzhaft.	10 Tg.	19 Tg.	Die Wirkung des Pflasters ist ziemlich regelmäſsig, rascher im Anfang. Der Nebenhoden geht zuletzt zurück. Vollständiger und rascher Rückgang des Adenitis.
70	3	N. P. G.	33	Kohlenhändler	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden sind stark geschwollen, hart; Gesamtvolumen hühnereigroſs.	8 Tg.	9 Tg.	Äuſserst rasche Wirkung d. Pflasters. Fast vollständiger Rückgang d. Hodens in 5 Tagen. Langsame und stufenweise Abschwellung d. Nebenhoden. Als Patient austrat, machte sich noch eine leichte Härte am Schwanz der Nebenhoden bemerkbar.
71	4	S. A.	27	Beamter	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden sind geschwollen, hart, schmerzhaft.	20 Tg.	7 Tg.	Schmerzen lassen sofort durch die Jodolpflasterbehandlung nach. Freiwillig ausgetreten als die Abschwellung begann.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
72	5	V. T.	26	Limonaden-verkäufer	Linksseitige blennorrhoische Epididymitis. Indurierter Knoten im Nebenhoden. Volumen haselnufsgrofs, wenig schmerzhaft, von unregelmäfsiger Oberfläche.	6 Mt.	12 Tg.	Nach Anwendung des Jodolpflasters geht der Knoten auf Erbsengröfse zurück. Tritt aus am 6. April 1896. Kommt wieder am 24. Okt. Rückfall am selben Hoden; abermalige Anwendung von Jodolpflaster. Rascher und vollständiger Rückgang.
73	6	B. A.	31	Packträger	Rechtsseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden faustgrofs.	31 Tg.	11 Tg	Schmerz verschwindet nach 24 Stunden. Rascher Rückgang der Geschwulst ohne „Stillstandsperiode".
74	7	M. E.	24	Spängler	Rechtsseitige blennorrhoische Epididymitis. Der Nebenhoden erscheint als ein daumdicker Strang.	1 Tg.	21 Tg.	Die Restitutio ad integrum geht regelrecht und ziemlich rasch von statten.
75	8	R. C.	41	Maurer	Rechtsseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis und Funikulitis. Hodenvolumen hühnereigrofs, schmerzhaft. Samenstrang von d. Gröfse eines kleinen Fingers, hart, schmerzhaft.	7 Tg.	16 Tg.	Hoden: Rascher Rückgang; es bleibt nur eine leichte indolente Vergrößerung des Samenstranges bestehen.
76	9	R. E.	35	Schreiner	Alternierende blennorrhoische Orcheoepididymitis. Rechter und linker Hoden hühnereigrofs, äufserst schmerzhaft.	25 Tg.	19 Tg.	Nach 4 Tagen, nachdem fast vollständig die Entzündungserscheinungen des rechten Hodens geschwunden waren, schwoll plötzlich der linke an, der langsam durch Anwendung des Jodolpflasters zurückging, nachdem Patient die Klinik verlassen hatte.
77	10	M. A.	23	Maurer	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis.	15 Tg.	12 Tg.	Vollständiger Rückgang, wenn auch langsam, wegen des starken Infiltrats der Nebenhoden.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
78	11	M. L.	22	Hufschmied	Rechtsseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden hühnereigrofs, hart, schmerzhaft. Nebenhoden ebenfalls geschwollen.	6 Tg.	24 Tg.	Hoden geht rasch auf das normale Volumen zurück; Nebenhoden: langsamer, läfst für einige Zeit eine leichte Induration zurück.
79	12	M. C.	34	Packträger	Rechtsseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden etwas gröfser als Hühnerei, ziemlich hart, schmerzhaft.	10 Tg.	16 Tg.	Vollständig geheilt.
80	13	M. V.	20	Maurer	Rechtsseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden faustgrofs, hart, schmerzhaft.	4 Tg.	7 Tg.	Fast vollständiger Rückgang d. Hodens; nur der Nebenhoden zeigt sich etwas verhärtet.
81	14	C. E.	24	Schreiner	Linksseitige blennorrhoische Epididymitis. Fast taubeneigrofs.	7 Tg.	4 Tg.	Tritt freiwillig aus. Der Nebenhoden ist an Umfang sehr zurückgegangen.
82	15	L. R.	33	Schreiner	Linksseitige Periorchitis und Epididymitis. Blennorrhoische Urethrocystitis. Hoden hühnereigrofs, hart, schmerzhaft.	3 Tg.	16 Tg.	Vollständig geheilt.
83	16	C. A.	22	Schuhmacher	Beiderseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Rechter Hoden gänseeigrofs, hart, wenig schmerzhaft. Linker faustgrofs.	7 Tg.	12 Tg.	Rascher und vollständiger Rückgang des rechten Hodens; auch der linke auf normales Volumen abgeschwollen; nur der Kopf des Nebenhodens leicht schmerzend.
84	17	C. P.	21	Mechaniker	Rechtsseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden geschwollen, schmerzhaft, hühnereigrofs; gleichzeitige Funikulitis ziemlich hart und schmerzhaft.	5 Tg.	18 Tg.	Rasches Nachlassen der Schmerzen. Vollständiger Rückgang der Geschwulst. Als Patient die Klinik verliefs, blieb der Samenstrang verdickt.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
85	18	S. E.	38	Barbier	Rechtsseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden etwas geschwollen und hart, schmerzhaft. Nebenhoden beträchtlich geschwollen und schmerzhaft.	10 Tg.	12 Tg.	Geschwulst geht nach Anwendung des Jodolpflasters vollständig zurück; blieb weitere 22 Tage in der Klinik wegen Tripper, nachdem vorher die Pflasteranwendung schon ausgesetzt war.
86	19	M. C.	27	Bäcker	Rechtsseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Vorwiegende Geschwulst der Nebenhoden, äußerst schmerzhaft.	7 Tg.	11 Tg.	Hoden nimmt früheres Volumen und normale Konsistenz an. Nur der Nebenhoden zeigt sich etwas verhärtet.
87	20	C. A.	25	Brunnenmacher	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Volumen hühnereigroß, vorwiegend des Nebenhodens, äußerst schmerzhaft.	10 Tg.	8 Tg.	Rasches Nachlassen der Schmerzen und binnen kurzem vollständiger Rückgang der Geschwulst.
88	21	M. P.	20	Schmied	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden geschwollen, fast gänseeigroß, äußerst schmerzhaft.	2 Tg.	24 Tg.	Rasches Aufhören der Schmerzen; vollständiger Rückgang der Geschwulst.
89	22	T. A.	26	Kellner	Alternierende Orcheoepididymitis zuerst rechts, Hoden beginnt zurückzugehen, während Nebenhoden etwas vergrößert ist; dann linker Hoden hühnereigroß, äußerst schmerzhaft, an einer Stelle fluctuierend.	16 Tg.	21 Tg.	Anfangs Wirkung des Pflasters ziemlich rasch, dann langsamer. Der Schwanz des Nebenhodens links bleibt etwas vergrößert zurück; wird im Ambulatorium geheilt.
90	23	B. A.	37	Packträger	Alternierende blennorrhoische Orcheoepididymitis zuerst rechts. Hoden leicht geschwoll., äußerst schmerzhaft. Nebenhoden vergrößert und induriert. Dann links: Hoden und Nebenhoden geschwollen. Gesamtvolumen faustgroß, äußerst schmerzhaft.	20 Tg.	11 Tg.	Hoden rechts geht nach 14tägiger Anwendung d. Pflasters auf den normalen Umfang zurück; auch linker sehr abgeschwollen, als Patient die Klinik verläßt.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
91	24	F. D.	35	Sicherheitswachmann	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden und Nebenhoden vergrößert. Gesamtvolumen hühnereigroß. Nebenhoden strangartig, hart, von Daumendicke.	12 Tg.	8 Tg.	Erfolg äußerst rasch, nach 5 Tagen schon völlig zurückgegangen.
92	25	S. G.	42	Steinmetz	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis mit sekundärer eitriger Periorchitis. Hoden und Nebenhoden fast faustgroßes Volumen, hart, schmerzhaft. Spontaner Aufbruch des Abscesses.	5 Tg.	28 Tg.	Anfangs Jodolpflaster wirkungslos. Nach 37 Tagen trat spontaner Aufbruch der Periorchitis ein; Anwendung des Jodolpflasters wieder aufgenommen; langsamer, aber völliger Rückgang erfolgte in 28 Tagen. Gesamtaufenthalt des Patienten 65 Tage.
93	26	B. A.	31	Packträger	Rechtsseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Faustgroß; Hoden und Nebenhoden ziemlich schmerzhaft.	21 Tg.	11 Tg.	Rasche Wirkung des Pflasters; in 24 Stunden hat der Schmerz aufgehört; Geschwulst geht in kurzem zurück.
94	27	P. U.	31	Eisenbahnbeamter	Linkseitige syphilitische Sarkocele. Hodenvolumen gänseeigroß, fibröse Härte; beim Antasten fast indolent, nur hin und wieder macht sich ein Gefühl von Reißen und Schwere bemerkbar.	60 Tg.	30 Tg.	Als Patient die Klinik wieder verließ, hatte der Hoden nach dem Gebrauch des Jodolpflasters seinen normalen Umfang, sowie auch nahezu seine normale Konsistenz wieder angenommen.
95	28	S. L.	18	Schuhmacher	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden- und Nebenhodengesamtvolumen hühnereigroß. Gleichzeitige schmerzhafte Funikulitis.	3 Tg.	40 Tg.	Schmerzen lassen langsam nach; stufenweiser Rückgang der Geschwulst. Orcheoepididymitis geheilt; Induration des Samenstranges bleibt etwas bestehen.

Dermo-syphilopatische Klinik: Ambulatorium.

Serie B.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
96	1	E. P.	21	Student	Indurierte Epididymitis, sekundäre blennorrhoische Urethritis.	?	15 Tg.	Patient hält die Kur nicht genau ein; rückfällig, wenig Erfolg.
97	2	S. E.	24	Arbeiter	Rechtsseitige blennorrhoische Epididymitis.	?	15 Tg.	Nach wenigen Applikationen des Pflasters gebessert; Erfolg unbekannt, da Patient sich nicht weiter sehen liefs.
98	3	D. P.	25	Student	Beginnende rechtsseitige Epididymitis. Volumen taubeneigrofs.	3—4 Tg.	16 Tg.	Rascher Rückgang; auf besonderen Wunsch d. Patienten wurde die Kur noch weitere 14 Tage fortgesetzt.
99	4	B. G.	52	Packträger	Linksseitige Orcheoepididymitis. Hühnereigrofs.	4 Tg.	5 Tg.	Sprach nur zweimal vor. Ausgesprochene Besserung.
100	5	M. A.	21	Fruchthändler	Linksseitige blennorrhoische Epididymitis.	?	?	Nur einmal behandelt, kam nicht wieder.
101	6	M. L.	25	Student	Alternierende subakute blennorrhoische Epididymitis, beide Nebenhoden von gröfserem Volumen und Konsistenz.	5 Tg.	8 Tg.	Völliger Rückgang nach einigen Behandlungen mit Pflaster.
102	7	T. M.	25	Rentner	Rechtsseitige blennorrhoische Epididymitis.	2 Tg.	15 Tg.	Nach kurzer Behandlung m. Jodolpflaster völliger Rückgang der Geschwulst.
103	8	L. D.	22	Beamter	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden stark geschwellt.	3 Tg.	25 Tg.	Stufenweiser, aber vollständiger Rückgang durch Behandlung mit Pflaster.
104	9	S. P.	32	Rentner	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Starke Schwellung des Hoden.	5 Tg.	20 Tg.	Rascher und vollständiger Rückgang.
105	10	B. C.	20	Koch	Beginnende linksseitige Epididymitis.	2 Tg.	?	Einmalige Behandlung. Rückgang.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
106	11	P. R.	24	Kellner	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden gänseeigroſs. Linksseitige Adenitis infolge von Schanker. Volumen wallnuſsgroſs.	?	45 Tg.	Adenitis bedeutend gebessert, auf Haselnuſsgröſse zurückgegangen. Orcheoepididymitis völlig verschwunden. Patient war sehr nachlässig in der Kur.
107	12	P. G.	31	Packträger	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Volumen gänseeigroſs.	?	17 Tg.	Völliger und regelrechter Rückgang.
108	13	M. A.	28	Arbeiter	Linksseitige Orcheoepididymitis. Volumen hühnereigroſs.	?	7 Tg.	Geschwulst beträchtlich an Volumen abgenommen. Patient kam nicht wieder.
109	14	J. A.	26	Schneider	Linksseitige blennorrhoische Orcheoepididymitis. Hoden hühnereigroſs.	?	?	Nur einmal behandelt.
110	15	S. P.	18	Nudelmacher	Rechtsseitige blennorrhoische Epididymitis. Nebenhoden beträchtlich vergröſsert.	?	13 Tg.	Nach der zweiten Behandlung mit Jodolpflaster bemerkenswerter Rückgang. Patient kam nicht wieder.
111	16	F. F.	18	Student	Linksseitige blennorrhoische Epididymitis. Nebenhoden hühnereigroſs.	1 Tg.	15 Tg.	Vollständiger Rückgang nach einigen Behandlungen mit Pflaster.

Dermosyphilopatische Klinik: Männliche Abteilung.

Serie C.

Verschiedene Krankheiten.

112	1	S. L.	24	Nudelmacher	Diffuser indurierter Knoten auf der ganzen rechten Hinterbacke nach einer Injektion mit Quecksilbercyanid. Bedeutende Schwellung der Hinterbacke, hart, ziemlich schmerzhaft, an einigen Stellen warm und fluktuierend. Patient verdankte die Erkrankung seinem Beruf, infolge dessen er durch An-	2 Tg.	16 Tg.	Patient ist mit sekundärer Syphilis behaftet, zuerst in der Klinik, dann im Ambulatorium behandelt. Beim Erscheinen des indurierten Knotens von neuem in die Klinik aufgenommen und verschiedenen resolvierenden Kuren resultatlos unter-

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
					drücken mit der Hinterbacke an einer Maschine arbeiten mußte.			worfen. Droht an einer Stelle zu abcedieren. Bei Anwendung des Jodolpflasters rascher Rückgang der Entzündungserscheinungen. Nach 16 Tagen völliger Rückgang der Geschwulst. Patient hielt sich in der Klinik noch einen Monat wegen antisyphilitischer Kur auf.
113	2	N. R.	33	Packträger	Syphilom des rechten Vorderarms, an der Ulnarseite, unteres Drittel. Knoten groß, hart, knorpelhart.	60 Tg.	20 Tg.	Der Schwund des Syphiloms wurde durch die Jodolpflasterkur sehr begünstigt und beschleunigt.
114	3	B. E.	39	Schmied	Syphilom an der Unterlippe. Großer, knorpelharter Knoten mit leichter zentraler Delle. Farbe hellrot.	?	23 Tg.	Syphilom sehr an Volumen abgenommen, als Patient die Klinik verließ. Vollständig verschwund. nach 2wöchentlicher Behandlung im Ambulatorium.
115	4	L. A.	34	Sicherheitswachmann	Syphilitische Periostitis mit multiplen schmerzhaften Knoten am Schädeldach und den Tibien.	?	39 Tg.	Anfangs Merkurialpflaster ohne Resultat angewendet. Bei Anwendung des Jodolpflasters erfolgte in wenig Tagen Rückgang der schmerzhaft. Knoten.
116	5	M. G.	45	Bäcker	Schmerzhafte, multiple, periostale Gummen am Schädeldach, Ellenbogen und an der oberen Tibiaepiphyse.	?	59 Tg.	Zuerst während 10 Tagen Merkurialpflaster resultatlos. Nach Anwendung des Jodolpflasters rasche Verminderung der Schmerzen und des Volumens der Knoten; nach 20 Tagen sind letztere völlig verschwunden.

Dermo-syphilopatische Klinik: Ambulatorium.

Serie C.

Fortlaufende Nummer	Einzelne Fälle	Vor- und Zuname	Alter	Stand	Diagnose der Krankheit	Ausbruch d. Krankheit vor d. Behandlg.	Dauer der Behandlung	Bemerkungen und Erfolg
117	1	M. M. T.	27	Rentnerin	Mastitis chronica. Indurierter Knoten. Volumen taubeneigroſs.	23 Tg.	27 Tg.	Vollständiger Rückgang.
118	2	B. B.	17	Schneiderin	Schmerzhafter indurierter Knoten infolge Injektion mit Quecksilbercyanid in der rechten Hinterbacke. Faustgroſs.	1 Tg.	13 Tg.	Vollständiger Rückgang; kein Rückfall.
119	3	B. C.	30	Bauer	Ebenes, periostales, schmerzhaftes Gumma am oberen Ende des rechten Schulterblattes v. Durchmesser eines 5 Francs-Stückes.	?	21 Tg.	Allgemeinen Kuren hartnäckig widerstehend. Völliger Rückgang nach dem Gebrauch von Jodolpflaster.
120	4	F. V.	21	Student	Tenosynovitis entsprech. dem Metacarpo-Phalangealgelenk des Mittelfingers der linken Hand. 10 Cts.-Stück groſse Geschwulst, erhaben, Haut darüber normal.	?	4 Tg.	Beträchtlich gebessert, obwohl Patient die Kur nicht ernst nahm.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 38. Heft 3. 1897.

I. **Zur Frage über die Permeabilität der normalen Haut,** von M. Manassein-St. Petersburg. Die Mehrzahl der bisherigen Autoren versuchte auf physikalisch-chemischem Wege die Frage zu lösen. Der Verfasser giebt einen Überblick über die einschlägige Litteratur und rekapituliert die Resultate seiner im Jahre 1894 veröffentlichten experimentell-mikroskopischen Untersuchungen über die Permeabilität der lebendigen Haut der Säugetiere in folgenden Sätzen: 1. Die unverletzte Haut der Säugetiere, trotz der dazu günstigsten Bedingungen, ist undurchlässig für wässerige wie auch alkoholische Lösungen bei unmittelbarem, mehr oder weniger, aber nicht übermäſsig langdauerndem Kontakte. 2. Die unverletzte Haut der Säugetiere ist undurchlässig für Stoffe bei der gewöhnlichen Art der Einreibungen, wenn auch vorher die günstigsten Bedingungen dazu geschaffen worden sind. 3. Suspendierte Stoffe können in die Haarbälge verschieden tief eindringen.

Es bot sich später dem Verfasser Gelegenheit, an einem plötzlich verstorbenen Syphilitiker, der noch einen Tag vor seinem Tode bei Abwesenheit jeglicher Hauterscheinungen Einreibungen von Unguent. hydrargyr. cin. erhalten hatte, Untersuchungen über die Permeabilität der normalen menschlichen Haut anzustellen. Im folgenden wird das technische Verfahren bei der Anfertigung der Präparate und der Gang der mikroskopischen Untersuchung ausführlich mitgeteilt. Verfasser fand, dafs das metallische Hg bei der gewöhnlichen Einreibung von grauer Salbe in die unverletzte menschliche Haut nur in die vorhandenen Vertiefungen und in die Haarbälge eindringen kann, mehr oder weniger reichlich und tief, je nach der Gründlichkeit beim Einreiben, ebenso wie beim Einreiben beliebiger Stoffe in die Haut, das unter denselben Bedingungen vorgenommen wird. Kontrollversuche am gesunden Menschen und an Kaninchen und Hunden führten zu denselben Resultaten, nur mit dem Unterschiede, dafs in vielen Hautschnitten vom gesunden Menschen selbst in den Vertiefungen der Haut gar keine Hg-Kügelchen nachzuweisen waren. Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt Verfasser zu zwei Schlüssen, die sich mit den früheren decken: 1. Die lebende unverletzte Haut der Säugetiere ist für Salben bei gewöhnlicher Einreibungsmethode undurchdringlich. 2. Bei der gewöhnlichen Einreibungsmethode kann die Salbe in die Haarbälge verschieden tief eindringen.

II. **Syphilis maligna**, von A. Haslund-Kopenhagen. Nach der Ansicht des Verfassers versteht man unter Syphilis maligna nur eine rein sekundäre Form der Syphilis, welche kurz nach der Infektion mit ulcerativen Prozessen auf der ganzen Oberfläche der Haut oder einem grofsen Teil derselben auftritt, und wo die Ulcerationen keine Tendenz zur spontanen Heilung, sondern zu weiterer Ausbreitung, zuweilen von phagedänischem Charakter zeigen. Mit der tertiären Syphilis hat die Syphilis maligna nichts zu thun. Man sollte dieselbe, um Irrtümer zu vermeiden, Syphilis maligna praecox oder besser Syphilis ulcerativa praecox nennen. Erkennt man aber auch eine Syphilis maligna im tertiären Stadium an, so mufs man unterscheiden eine Syphilis maligna secundaria und tertiaria. Der Verfasser beschreibt unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur sehr eingehend das klinische Bild der Syphilis ulcerativa praecox, bespricht den Verlauf, Prognose, Therapie und Ätiologie. In letzterer Beziehung möchte Verfasser viel weniger die Qualität oder die Quantität des syphilitischen Virus als die Beschaffenheit des Bodens, auf den es implantiert wird, für das Entstehen schwerer sekundärer Erscheinungen verantwortlich machen. Wir verweisen im übrigen auf die sehr instruktiven Ausführungen des Verfassers, denen am Schlusse eine tabellarische Zusammenstellung von 31 selbst beobachteten Fällen maligner Syphilis beigefügt ist.

III. **Bemerkungen zu K. Herxheimers Aufsatz: „Über multiple Gummen im Frühstadium der Syphilis"**, von J. Fabry-Dortmund. Verfasser stimmt bezüglich der Verwertung des histologischen Befundes des Tuberkels und der Riesenzelle mit Herxheimer und Jadassohn überein, glaubt aber, dafs in seinem eigenen Falle, der vor der Veröffentlichung von Jadassohns Untersuchungen publiziert worden ist, wegen des ganzen klinischen Bildes die Diagnose denn doch nicht so einfach lag, als es Herxheimer anzunehmen scheine. Da er (Fabry) seinen Fall als Lues mit Tuberkulose kompliziert angesehen habe, so sei es natürlich, dafs ihm die prompte Wirkung der Quecksilbereinreibungen nicht so sehr mit Rücksicht auf die tertiären luetischen Erscheinungen als auf Tuberkulose aufgefallen sei.

IV. **Vereiterung der Leistendrüsen durch den Gonococcus**, von H. Hanstein-Christiania. Verfasser beschreibt drei Fälle aus seiner Praxis, bei denen es im Verlaufe einer Blennorrhoe zur Entstehung von Bubonen und zur Vereiterung der

Leistendrüsen gekommen ist. In dem ersten dieser Fälle gelang es mit Sicherheit nachzuweisen, dafs der vereiternde Bubo virulente Gonokokken und keine anderen pyogenen Bakterien enthielt. In dem zweiten Falle gelang es zwar nicht, die Gonokokken in Reinkultur zu erhalten und Überimpfungen zu machen, aber die Form und Anordnung und die Tinktionseigenschaften der Bakterien im Eiter und der makro- und mikroskopische Befund in der Plattenkultur genügten zum Beweise, dafs die im Bubo gefundenen Diplokokken wirklich Gonokokken gewesen sind. In dem dritten Falle wurden in den Eiterzellen des Sekretes aus einem Fistelgange der Leistengegend sehr spärliche Diplokokken gefunden, die durch Form und Gröfse an typische Gonokokken erinnerten. Andere Bakterien waren nicht vorhanden. Da Patient jedoch aus Furcht vor chirurgischen Eingriffen sich der weiteren Beobachtung entzog, so hatte Verfasser keine Gelegenheit, durch Kontrollfärbung nach Gram und durch Anlegung von Kulturen den sicheren Beweis zu führen, dafs es sich auch hier um wirkliche Gonokokken handelte.

V. **Beitrag zur Kenntnis der elastischen Fasern und ihres Verhältnisses zu den Lymphgefäfsen der Haut,** von C. Beck-Budapest. Verfasser teilt kurz eine Beobachtung mit, die er bei Gelegenheit einer ursprünglich aus anderem Grunde vorgenommenen Untersuchung eines pathologisch veränderten Präputiums über das Verhältnis der elastischen Fasern zu den Lymphgefäfsen des Präputiums gemacht hat. Er fand an Präparaten, die nach der Taenzerschen Orceinmethode gefärbt waren, schon bei schwacher Vergröfserung, dafs das Lymphgefäfs, der umgebende Zellhaufen und die darin befindlichen Blutkapillaren von einer gemeinsamen aus elastischen Fasern gebildeten Hülle umgeben sind. Verfasser hält es auf Grund seines Befundes für wahrscheinlich, „dafs diese elastischen Fasern unter physiologischen Verhältnissen eine hervorragende Rolle in der Regelung der Lymphgefäfslumina spielen, und dafs sie eine noch wichtigere Aufgabe bei pathologischen Prozessen zu erfüllen haben, namentlich bei solchen, bei welchen das pathogene Virus auf dem Wege der Lymphbahnen fortschreitet, wie z. B. bei Syphilis. Diese elastische Hülle verhindert, wie es scheint, nicht nur die Ausdehnung der Lymphgefäfse über einen gewissen Grad hinaus, sondern sie stellt auch der durch das syphilitische Gift angeregten Zellauswanderung, resp. Bindegewebsneubildung, ein Hindernis entgegen."

VI. **Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis,** von M. Kuznitzky-Köln. Die Ergebnisse seiner sehr eingehenden, das Thema völlig erschöpfenden, die einschlägige Litteratur überall berücksichtigenden, aufserordentlich lesenswerten Betrachtungen stellt Verfasser in folgenden Thesen zusammen: 1. Es ist unrichtig, dafs Psoriasis ausschliefslich oder hauptsächlich bei sonst gesunden Menschen auftritt. 2. Psoriasis kommt auf echten Schleimhäuten vor; ebenfalls auf Narben. 3. Die parasitäre Psoriasistheorie ist unhaltbar. 4. Nicht Psoriasis selbst wird vererbt, sondern die „Disposition zu Psoriasis". 5. Das „disponierende Moment" ist ein abnorm reizbares Centralnervensystem. 6. Die Arthropathien bei schwerer Psoriasis sind allem Anschein nach weder mit Rheumatismus, noch mit Gicht zu identifizieren. 7. Diese verschiedentlich bei schwerer Psoriasis beobachteten eigentümlichen Arthropathien sind mit grofser Wahrscheinlichkeit der Psoriasis koordiniert und auf dieselbe Ursache zurückzuführen, wie die Psoriasis selbst, nämlich auf chronische, spinale Reizzustände. 8. Es ist verbürgt, dafs Psoriasis in unmittelbarem Anschlufs an psychische Affekte entstehen kann. 9. Es ist ebenso sicher, dafs selbst ausgedehnte Psoriasis in kürzester Frist spontan abheilen kann. 10. Psoriasis kann streng halbseitig auftreten. 11. Die Hyperämie ist weder entzündlicher, noch paretischer Natur, noch ist sie das Resultat passiver Stauung, sondern sie ist 12. als angioerethischer Vorgang aufzufassen.

13. Es ist erstmaliger Psoriasisausbruch in vollständigem, sowohl zeitlichem als örtlichem Anschluſs an mechanischen Reiz beobachtet worden. 14. Man kann mit groſser Wahrscheinlichkeit annehmen, daſs das Zusammentreffen zweier Faktoren für das Zustandekommen von Psoriasiseruptionen erforderlich ist: Einwirken irgendwie gearteter, wenn auch eventuell geringfügiger Traumen auf Gefäſsgebiete, deren zugehörige spinale Centren sich in chronischem Reizzustand befinden. 15. Dieser Reizzustand der spinalen vasomotorischen Ganglien kann vererbt oder erworben sein. 16. Es ist wahrscheinlich, daſs er nur funktionell ist, doch bleibt die Möglichkeit, daſs in manchen Fällen materielle Läsionen der Rückenmarkssubstanz bestehen, was durch systematische, anatomische Rückenmarksuntersuchungen zu entscheiden ist.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 4. Heft 1. 1897.

I. **Die chirurgische Behandlung des Lupus vulgaris**, von C. Popper-Wien. Auf Prof. Langes dermatologischer Abteilung wird die Excision des Lupus vulgaris mit nachfolgender, durch Hautlappen bewirkter Plastik bereits seit dem Jahre 1892 ausgeführt und hat sich sowohl hinsichtlich des Heilresultates wie des kosmetischen Effektes allen anderen Behandlungsmethoden überlegen gezeigt. Vom Jahre 1892 bis 1896 wurden im ganzen 34 Fälle operiert. Das Verfahren, das hierbei in Anwendung kam, wird folgendermaſsen beschrieben. Nach sorgfältiger Reinigung der erkrankten Partie wird dieselbe in toto umschnitten und zwar im Gesunden, etwa ½ bis 1 cm vom Krankheitsherde entfernt. Der Schnitt wird zunächst nur oberflächlich geführt, um die Grenze des Erkrankten genau zu fixieren. Erlauben es die lokalen Verhältnisse, so wird die ganze erkrankte Partie in einer Sitzung entfernt; nur bei allzugroſser Ausdehnung und besonderer Lokalisation erfolgt die Ablösung in zwei oder mehreren, event. einige Wochen auseinander liegenden Sitzungen; in letzterem Falle wird zur Abtrennung des excidierten Hautanteils stets das Messer und nicht der Paquelin gebraucht. Bei der später vorgenommenen Exstirpation des noch restierenden Anteiles wird stets auch noch ein Teil des in der früheren Sitzung transplantierten Hautlappens in einer Breite von 1½ bis 2 cm mitexstirpiert. Eine besondere Sorgfalt wird darauf verwendet, daſs die durch Exstirpation gewonnene Wundfläche rein erhalten wird und in keine Berührung mit lupösen Gewebspartikelchen gerät. Das Messer des Operateurs muſs sich stets im gesunden Gewebe bewegen und auch das Wegwischen des Blutes muſs in der Weise erfolgen, daſs von den lupösen Teilen keine Partikelchen auf die Operationswunde verschleppt werden können. Auch jede sonstige Infektion ist strengstens zu vermeiden.

Die Blutstillung muſs zum sicheren Anheilen der überpflanzten Hautlamellen eine möglichst exakte sein. In den meisten Fällen genügt die Torsion oder die Kompression der Gefäſse. Zuweilen muſste eine spritzende Arterie unterbunden oder eine parenchymatöse Blutung mit dem Paquelin gestillt werden, ohne daſs der Anheilungsprozeſs dadurch beeinfluſst wurde. In Fällen von Lupus der Extremitäten wurde unter Blutleere mit v. Mosetigs elastischer Binde operiert.

Zur Deckung des durch die Exstirpation gesetzten Defektes werden nach Thiersch entweder Epidermisbänder oder Hautlappen zumeist von der gesunden Auſsen- oder Streckseite des Oberschenkels, gewöhnlich in einer der Gröſse der Wunde entsprechenden Ausdehnung entnommen. Bei umfangreichen Defekten wird die Haut in 40—50 cm langen, möglichst dünnen Epidermisbändern unter permanenter Berieselung des Messers und der Haut mit steriler physiologischer Kochsalzlösung entnommen. Die Hautbänder werden von ihrer Entnahmsstelle auf ein Metallspatel übertragen und

von da in entsprechend langen Stücken auf die Wunde gestreift, so daſs die Ränder der einzelnen Hautläppchen entweder bis zur Berührung aneinander liegen oder sich dachziegelförmig decken. Stets muſs die gesamte Wundfläche mit Epidermislamellen bedeckt sein. Es muſs darauf geachtet werden, daſs die Lappen sich allenthalben der Unterlage glatt anlegen. Die Transplantation kann entweder sofort an die Exstirpation der erkrankten Partie angeschlossen oder, wenn die Narkose zu lange dauern würde, in einer zweiten Sitzung innerhalb der nächsten 2—4 Tage, bevor die Wunde zu granulieren beginnt, vorgenommen werden. Bei kleinen Herden genügt Lokalanästhesie, wobei sich die Schleichsche Infiltrationsmethode sehr gut bewährt. Als erster Verband werden einfache Lagen von trockener, steriler Gaze benutzt, die mittelst Kollodium an der Haut der gesunden Umgebung fixiert und nach 4—5 Tagen zum ersten Male gewechselt wird. Vom achten bis zehnten Tage an, wo die Hautlappen zumeist solid angeheilt sind, wird ein jeden zweiten oder dritten Tag zu wechselnder, aus 10%iger Dermatol- oder Jodoform-Vaselinsalbe bestehender Verband gebraucht.

Bei Sitz des Lupus im Gesicht werden zur Vermeidung von Narbenschrumpfungen und Gesichtsverzerrungen zur Plastik gestielte Hautlappen verwendet.

Verfasser beschreibt im folgenden die Krankengeschichte der 34 in dieser Weise behandelten Lupusfälle.

II. **Über Haarfarbe und Haarfärbung**, von Paul Richter-Berlin. (Vergl. Referat in *dieser Zeitschrift*. Bd. XXIV, S. 25.)

III. **Zur Kasuistik der Lepra**, von Alfred Arnheim-Berlin. Der Verfasser beschreibt einen Fall aus Dr. Saalfelds Poliklinik. Der Patient ist 39 Jahre alt, stammt aus Schlesien, lebt seit 15 Jahren in Piracikaba in Brasilien, ca. 6 Stunden von St. Paolo entfernt. Seine Krankheit begann im März 1895. Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um Überreste einer früher bestandenen tuberösen Form und um ausgesprochene makulo-anästhetische Lepra.

IV. **Zur Kasuistik der Mykosis fungoides**, von M. Jacobi-Berlin. Die Nachprüfung der histologischen Befunde der Mykosis fungoides gelegentlich eines in Prof. Lassars Klinik beobachteten Falles bei einer mit auf der Kopfhaut gewaltig wuchernden und teilweise zerfallenden Tumoren behafteten Patientin ergab im wesentlichen Übereinstimmung mit den von anderen Autoren beschriebenen Befunden.

V. **Über seltene Formen der Quecksilber-Vergiftung**, von August Bossard-Zug. Nach einem Überblick über die einschlägige Litteratur bespricht der Verfasser die Wege, auf denen das Quecksilber je nach der Form der Applikation in den menschlichen Organismus gelangen kann. So mannigfaltig diese Wege sind, so kann dennoch auch bei den verschiedensten Quecksilberpräparaten sich das gleiche Krankheitsbild darbieten. Nur bezüglich der Intensität und Raschheit der Wirkung differieren die einzelnen Präparate. Was speziell die Quecksilberexantheme betrifft, so haben dieselben an sich nichts Charakteristisches, das sie von anderen Arzneiexanthemen unterscheidet. Der Verfasser teilt sie in Anlehnung an Rosenthal ein in:

A. Exantheme. B. Enantheme.

Bei der ersteren Klasse unterscheidet er:

1. Die Folliculitis in usu Mercurii.
2. Die erythematösen Formen.
   a) Das skarlatinöse Erythem.
   b) Die Urticaria-Form.
   c) Formen mit erysipelatösem Charakter.

d) Die seltenen Exanthemformen:
   α. Roseola.
   β. Rubeola.
   γ. Erythema gyratum.
3. Das Quecksilberekzem (papulöse, vesikulöse, bullöse und pustulöse Form).
4. Die merkurielle Purpura.
5. Die Form Pemphigus.

Der Verfasser erörtert sehr eingehend die verschiedenen Formen und illustriert das Gesagte durch entsprechende Krankengeschichten sowohl aus der Litteratur wie aus Prof. Eichhorsts medizinischer Klinik. Im übrigen verweisen wir auf diese vorzügliche, das Thema nach allen Richtungen hin erschöpfende Arbeit des fleifsigen Verfassers. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band VIII, Heft 2 u. 3.

Die Grenzen der Nierenexstirpation, von Paul Wagner.

Über elastische Katheter, von Posner und Frank. Der Schlufs der Arbeit befafst sich mit der Struktur der Katheter; in diesem Punkte halten die deutschen Fabrikate der Firma Rusch in Cannstatt den Vergleich mit den besten englischen und französischen Fabrikaten aus: sie sind aus reiner Seide und mit einer guten Lackschicht versehen; ferner halten sie die bisherige Desinfektion mit Siedehitze und den gebräuchlichen Desinfektionsmitteln ebensogut aus wie die fremdländischen Fabrikate; tadellos vertragen sie die von Frank eingeführte Desinfektion mit Formalin und Trioxymethylen. Verfasser plaidieren am Schlusse dafür, dafs nur Instrumente von zweifelloser Provenienz, von nicht zu hohem Alter, event. nur Instrumente mit Ursprungs- und Prüfungsattest in Gebrauch genommen werden, um so die minderwertige, zerbrechliche Ware vom Markt verschwinden zu lassen.

Das Eucain als lokales Anästhetikum für Harnröhre und Blase, von Wossidlo. Verfasser empfiehlt das Eucain; die 2%ige Lösung wird von der Harnröhre und Blase gut vertragen, in der Blase wurde kein besonderer Reizzustand bemerkt; in der Harnröhre rief das jetzt verwendete reine Präparat ebenfalls kein Brennen hervor, doch wurde durch dasselbe eine leichte Hyperämie der Schleimhaut erzielt.

Über Fremdkörper der Harnröhre, von Goldberg. Verfasser berichtet über einen Patienten, der sich zwecks Masturbation eine kleine Haarnadel in die Harnröhre einführte. Verfasser fühlte sie mit einer Bougie à boule Ch. 12 in der pars bulbosa, mit einer Bougie Ch. 19 konnte er dagegen in die Blase gelangen, ohne metallischen Kontakt zu fühlen. Die Extraktion gelang mit einer gewöhnlichen geraden Harnröhrenzange ohne nennenswerte Verletzungen; diese heilten rasch und leicht. Im zweiten Fall, den Verfasser nicht weiter beobachten konnte, handelte es sich wahrscheinlich um eine Urogenitaltuberkulose, vielleicht kompliziert durch ein in die Blase gerutschtes Katheterstückchen.

Zur galvanokaustischen Behandlung der Prostata-Hypertrophie, von Nitze. Die vorläufige Mitteilung bezweckt, darauf hinzuweisen, dafs Verfasser mit seinem Operationscystoskop mit leichter Mühe unter Leitung des Auges die die Urinentleerung hindernden wulstigen Gebilde in beliebiger Breite und Tiefe vernichten kann. *F. Hahn-Bremen.*

Deutsches Archiv für klinische Medizin.

Band 57, Heft 3 u. 4.

Zur Pathologie der Ichthyosis congenita, von GERSTENBERG. Verfasser hatte Gelegenheit, die mit Ichthyosis congenita behaftete Leiche einer 40 cm langen Mifsgeburt (der Frucht eines 14jährigen Schulmädchens) zu untersuchen. Es fand sich keine frische Entzündung in der Haut, dagegen starke Verhornung, Hypertrophie des Rete, Atrophie der Talgdrüsen. Im Plexus brachialis fand sich eine Vermehrung des Bindegewebes. Verfasser faſst die Ichthyosis congenita als auf trophoneurotischer Basis beruhend auf und wünscht weitere Untersuchung des Nervensystems.

Lävulosurie, von MAY. Verfasser beobachtete bei einem an Myelitis transversa leidenden Kranken eine Zuckerausscheidung, die er als Lävulose anspricht. Zur Identifizierung der Lävulose verlangt er 1. Linksdrehung, 2. Reduktion von Metalloxyden, 3. Vergährbarkeit mit Hefereinkulturen zu Alkohol und Kohlensäure, 4. Bildung von Phenyldextrosazon.

Über einen Fall von maligner Endokarditis an den Klappen der Arteria pulmonalis nach Blennorrhoe, von KELLER. Der Patient erkrankte an Blennorrhoe, vier Wochen später rheumatoide Gelenkerkrankungen an den unteren Extremitäten, zwei Monate später Endokarditis am Ostium der Art. pulm., dann Nephritis haemorrhagica, Perikarditis; Tod nach sechs Monaten. Ätiologisch ist zu erwähnen, daſs Streptokokken im Herzen gefunden wurden, dagegen keine Gonokokken.

Die Recurrensepidemie zu Moskau im Jahre 1894, von LOEVENTHAL. Nach einer eingehenden Schilderung des klinischen Verlaufs der Febris recurrens teilt Verfasser mit, daſs an Hautkomplikationen beobachtet wurden: Roseola, Purpura, Herpes labialis, Urticaria, masern- und scharlachähnliche Exantheme, Ödeme, Drüsenschwellungen.

Einfache Wassersucht nach Varicellen, von v. STARCK. Verfasser beobachtete ein 2jähriges Kind, das einfache, leichte Varicellen durchmachte. Nach acht Tagen entwickelte sich ein starkes, allgemeines Ödem der Haut. Im Urin kein Eiweifs. Nach zehn Tagen schwand das Ödem. Verfasser hält obigen Fall, wie ähnliche bei Scharlach, für bedingt durch eine Affektion der Hautgefäſse, ohne gleichzeitige Nierenerkrankung, obgleich diese bei kleinen Kindern nicht immer mit Sicherheit auszuschlieſsen ist. *F. Hahn-Bremen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1896. Heft 12.

Über die Bedeutung der „ekzematösen" Veränderungen und über die Reaktion der Haut im allgemeinen, von LOUIS TÖRÖK. Mit dem Ekzem ergeht es wie mit so manchem anderen Krankheitsbegriff. Was Jahrhundertelang als unantastbares, selbstverständliches Ganzes galt, das schmilzt vor der fortschreitenden Kritik dahin, wie Schnee vor der Frühlingssonne. Noch gilt dem praktischen Arzt das Ekzem als eine bestimmt umschriebene Hautkrankheit, ja vielleicht als die bestgekannte Dermatose; aber schon sind namhafte französische Forscher, BESNIER und BROCQ vor allem, mit der Ansicht hervorgetreten, daſs die Ekzem- und Lichenbildung, das was sie Ekzematisation und Lichenifikation nennen, überhaupt keine Krankheit sui generis, sondern nur ein Symptom, höchstens einen Symptomenkomplex, ein Syndrom, darstelle. TÖRÖK baut diese Lehre in der vorliegenden Abhandlung noch weiter aus. Nach HEBRA entsteht das Ekzem unter dem Einfluſs mechanischer und chemischer Hautreize und der Hautausschlag, der z. B. nach Kratzen entsteht, bedeutet

ihm die Krankheit „Ecoema". Nach Ansicht der französischen Forscher dagegen steht hinter dem Ekzem, welches eine Wirkung des Kratzens ist, und hinter dem Pruritus, der das Kratzen veranlafst, immer noch eine Grundkrankheit; diese ist ausfindig zu machen und es gilt zu untersuchen, warum nach dem Kratzen das eine Mal gar keine Hautveränderung erfolgt, das andere Mal diese, ein drittes Mal jene Form von Ekzem auftritt.

Indem T. diesen Weg nun weiter verfolgt, macht er uns mit dem Wesen der Entzündung und mit der pathologischen Anatomie der entzündeten Haut bekannt. Bei der Entzündung mufs man zwei Formen unterscheiden; diejenigen Gewebe, die unmittelbar von dem pathologischen Reiz betroffen sind, unterliegen einer Nekrose, einer Hypertrophie oder Atrophie; die Umgebung aber, wohin der Reiz nur in abgeschwächter Form gelangt, wird der Schauplatz einer Hyperämie, eines Ödems, einer Zellinfiltration, verbunden mit subjektiven Beschwerden, wie Brennen, Jucken, Stechen u. s. w. Diese zweite Form von Gewebsveränderungen bedeutet die Reaktion des lebenden Gewebes auf physiologische und pathologische Reize und fällt verschieden aus je nach Individuum, je nach erkranktem Gewebe und je nach Form des Reizes, so dafs bald nur kongestive Hyperämie bald auch Ödem und Zellinfiltration zu stande kommen, die subjektiven Symptome bald fehlen, bald allein vorhanden sind. Indem Török nun diese Anschauungen, die er durch vielfache klinische Hinweise stützt und in geschickter Weise ausführt, auf die Haut exemplifiziert, sucht er uns dem Verständnis der verschiedenen Ekzemformen näher zu bringen. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1896. Heft 12.

Beitrag zum Studium der Knochenfrakturen bei Syphilitikern, von A. Tavernier-Lille. Der hier mitgeteilte Fall ist in mehrfacher Hinsicht interessant. Der 46jährige Patient hat vor 23 Jahren einen Schanker gehabt, der nach seiner Angabe ohne Nachkrankheiten heilte. Sein jetziges Leiden besteht erst seit einigen Monaten. Er klagt über heftige Atembeschwerden, die sich trotz der Behandlung immer noch steigern, so dafs er nach einigen Tagen asphyktisch zu Grunde geht. Der Kehlkopf scheint vergröfsert und fühlt sich bretthart an. Auf der Stirn und über dem rechten Schlüsselbein umfangreiche Gummata, die zum Teil vernarbt, zum Teil mit Krusten bedeckt sind. Aufserdem fällt eine eigentümliche Mifsbildung des Unterkiefers auf, die am Lebenden als Hyperostose erscheint, die sich bei der Sektion aber als rarefizierende Ostitis erweist; diese hatte eine Fraktur herbeigeführt und die Bruchenden hatten sich durch einen fibrösen Callus wieder vereinigt. Der ganze Vorgang hatte im Leben wenig Erscheinungen gemacht. Auch der Kehlkopf wies schwere Veränderungen — Ödem, Verdickung, Schwund der Giefsbeckenknorpel, Gummata — auf. Im Anschluss hieran wird noch ein zweiter Fall von Kehlkopfsyphilis — Gumma des linken Stimmbandes —, der aber in Heilung überging, mitgeteilt.

Die Behandlung der Syphilis mit Kalomeleinspritzungen, von Soffiantini. Dieser auf dem dermatologischen Kongrefs zu London gehaltene Vortrag singt ein begeistertes Loblied auf die Kalomelbehandlung der Syphilis und preist den Begründer derselben, Scarenzio, in überschwenglicher Weise. Die guten Erfolge der Methode und ihre Verwendbarkeit zu differentiell-diagnostischen Zwecken werden gebührend hervorgehoben und an Beispielen belegt.

Über die Bedeutung des Schleimhautlupus, von Ch. Audry. A. weist auf die wichtige Rolle hin, die die Nasenschleimhaut in der Pathogenese des Lupus

vulgaris spielt. Der primäre Gesichtslupus, der primäre Hautlupus überhaupt ist nach ihm ein seltenes Vorkommen; fast immer geht ihm eine lupöse Erkrankung der Schleimhäute oder der tieferen Gewebe, der Sehnenscheiden oder Knochen, vorher. Damit stimme auch überein, dafs Strauss so häufig den Kochschen Bacillus auf der Nasenschleimhaut anscheinend gesunder Menschen gefunden habe. Man solle daher, wie er das schon seit langem übe, in jedem Fall von Lupus die Nasenhöhlen gründlich untersuchen und etwaige Erosionen behandeln.

Drei Fälle von Verhärtung der Corpora cavernosa, von V. Durand-Toulouse. Für die Entstehung von Knoten und Verhärtungen in den Schwellkörpern sind die verschiedensten Krankheiten verantwortlich gemacht worden. In den von D. berichteten Fällen ging zweimal ein Trauma vorauf; der dritte Fall betraf einen Syphilitiker. Es ist aber nicht recht ersichtlich, warum D. hier die Syphilis beschuldigt, da die Verhärtung in dem rechten Schwellkörper schon sehr bald nach der syphilitischen Erkrankung sich einstellte und unter spezifischer Behandlung sich nicht veränderte.

Eine seltene Übertragungsart der Syphilis, von Coffin. Gelegentlich einer Reise in Nordfrankreich hat C. erfahren, dafs dort Männer den frisch entbundenen Frauen die Brüste ansaugen. Mit Recht erblickt er hierin eine grofse Gefahr. Ist schon durch alte zahnlose Weiber auf diese Weise eine umfangreiche Syphilis-Epidemie zu stande gekommen (1825 Condé), so liegt die Besorgnis bei Männern noch viel näher, da diese durch Alkohol- und Tabakgenufs viel leichter und viel hartnäckiger an Mundsyphilis erkranken. Ob auf diese Weise thatsächlich schon eine Syphilisübertragung stattgefunden hat, ist aus den kurzen Mitteilungen von C. nicht ersichtlich.

Tachykardie bei einem mit Syphilis und Intermittens behafteten Menschen, von Soto. Der Patient hatte sich zuerst das Sumpffieber, später die Syphilis geholt. Ersteres heilte unter Chinin und Klimawechsel, letztere war nie behandelt worden. Nach einer Überanstrengung setzte nun ein fieberhafter Zustand mit starker Angst und Pulsbeschleunigung ein. Solche Anfälle, bei denen der Puls bis zu 190 in der Minute stieg, wiederholten sich und blieben von Chinin, Digitalis, Coffein u. s. w. unbeeinflufst. In den anfallsfreien Zeiten ist der Puls sehr schwach und schwankt zwischen 97—120. Am Herzen nichts Abnormes. Soto leitete darauf eine antisyphilitische Behandlung ein und brachte die Anfälle damit bald zum Schwinden.

Syphilis pustulosa bei einem hereditär-syphilitischen Kinde, von Barbe. Die Pusteln safsen bei dem 17 Monate alten Kinde auf dem Gesäfs. Ihre syphilitische Natur ist aber nicht durch Nachweis der Krankheit bei den Erzeugern sichergestellt. B. erschliefst sie vielmehr aus dem sonstigen Verhalten des Kindes, dafs an chronischer Coryza mit der klassischen Abplattung der Nase litt und dessen oberer rechter Schneidezahn das Hutchinsonsche Gepräge aufwies. Über die Behandlung des Kindes erfahren wir leider nichts.

Ekthyma syphiliticum. Syphilis maligna praecox, von Dietz-Antwerpen. Bei dem sehr schlecht ernährten Patienten finden sich auf der unteren Hälfte des Rumpfes und an den unteren Extremitäten zahlreiche grofse, dunkelrote, zum Teil schon zerfallene Knoten, die man für Gummata halten könnte, wenn sie weniger zahlreich vorhanden wären. Da es sich um ein sehr geschwächtes Individuum handelt, dessen Syphilis erst 6 Monate alt ist, glaubt Verfasser von einer Syphilis praecox und einer galoppierenden Syphilis sprechen zu dürfen.

Ein Fall von Lichen ruber planus, von Dietz-Antwerpen. Dieser Lichen entwickelte sich bei einem sehr nervösen Menschen nach einem heftigen Ärger. Das

Jucken war so stark, daſs Patient die Nächte nicht schlafen konnte. Der Ausschlag saſs namentlich an der unteren Hälfte des Stammes, an den Beugeseiten der Glieder, den Handflächen und Fuſssohlen, sowie auf Mund- und Zungenschleimhaut.

1897. Heft 1.

Harter Schanker der Konjunktiva, von C. Mazet-Marseille.

Harter Schanker der Wange, von Marmonier-Marseille. Die Fälle von extragenital erworbenem Schanker haben sich in den letzten Jahren auffallend gehäuft. Vermutlich ist diese Vermehrung aber nur eine scheinbare, indem man es jetzt besser versteht, einen Schanker, auch wenn er an aufsergewöhnlicher Stelle sitzt, frühzeitig zu diagnostizieren. Das ist selbst für den geübten Arzt nicht immer ganz leicht, zumal dann nicht, wenn das Geschwür auf der Konjunktiva sitzt, woselbst es, wie Mazet betont, mit andern dort vorkommenden Entzündungen grofse Ähnlichkeit besitzt. In dem von ihm mitgeteilten Fall täuschte sich dieser Autor acht Tage lang über die wahre Natur des Leidens, bis die beginnende Drüsenschwellung ihn auf die richtige Diagnose hinwies. Der Fall betraf eine 50jährige Dame, die von ihrem Enkelkind angesteckt war. Die Beobachtung giebt dem Verfasser Gelegenheit zu einer dankenswerten klinischen Abhandlung über das Ulcus conjunctivae.

Ebenso lehrreich sind die beiden von Marmonier mitgeteilten Fälle von Wangenschanker. Die Übertragung erfolgte beidemale durch erlaubte Küsse. Bei der 24jährigen Frau (Beobachtung I) durch ihren Ehemann, bei dem 16jährigen Mädchen (Beobachtung II) durch den väterlichen Kuſs eines älteren Nachbarn. Da nach Fournier das Syphilisgift auch auf unverletzter Epidermis gedeiht, so sollte man mit dem Annehmen von Liebkosungen sehr vorsichtig sein. In allen drei Fällen wurde die Diagnose durch den weiteren Verlauf — Roseola u. s. w. — bestätigt.

Ein Fall von Neurasthenia syphilitica, von Georges Bogdan-Jassy. Die 20jährige Patientin, die schon zweimal im Hospital wegen Syphilis behandelt worden war, kommt zum dritten Mal mit einem ausgesprochenen Status nervosus zur Aufnahme. Sie ist gegen früher beträchtlich abgemagert, leidet wiederum, wie die ersten Male, an heftigsten Kopfschmerzen, an Ohrensausen, Schlaflosigkeit, an Hitze- und Kältegefühlen; sie ist sehr niedergeschlagen, matt, schwindelig, mutlos. Die unerträglichen Kopfschmerzen werden nur durch Morphium, und auch durch dieses nur vorübergehend, gemildert. Quecksilberbehandlung bleibt ohne Erfolg, ebenso Coffein- und Serumeinspritzungen. Erst nach Anwendung der Mathieuschen Formel: Natriumphosphat mit Kochsalz, Glycerin und Aq. dest., tritt Heilung ein.

Über die klinische Wichtigkeit des „Chancre mixte" bringt Audry eine kurze Mitteilung. Er selbst hat in seiner Poliklinik zu Toulouse im Jahre 1895 unter 90 Fällen von weichem Schanker drei Patienten beobachtet, die später — selbstverständlich ohne neue Infektion, mit Roseola u. s. w. wiederkamen, deren anscheinend weicher Schanker demnach die Mischform darbot. Nach einer mündlichen Mitteilung von Besnier handle es sich in Zeiten von Schanker-Epidemien in ungefähr 5% der Fälle um die Mischform. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897. No. 1.

I. **Die Sekundärinfektionen bei der Tuberkulose der Harnorgane,** von Albarran. Als Anknüpfungspunkt dient dem Verfasser ein Fall von beiderseitiger Nierentuberkulose bei einem 17jährigen Mädchen. Die verschiedenartigen Beschwerden der Kranken verlangten gebieterisch einen Eingriff. Bei dem Bestehen von Tuber-

kulose in beiden Nieren, in der Blase und einer Lungenspitze konnte ein solcher nur ein palliativer sein. Da nun die Schmerzen besonders von der linken Niere ausgingen und deren Umfang bedeutend vergrößert erschien, so vollführte Albarran die Nephrotomie dieser Niere. Bei der Operation erwies sich dieselbe doppelt so groß als eine normale, ferner stark kongestioniert. Das Nierenbecken war kaum dilatiert, enthielt nur etliche Gramm eiterigen Urins.

Es bestand keine wahre Pyonephrose. Auf dem Durchschnitt fand man im mittleren Drittel der Niere eine kleine tuberkulöse Kaverne, so groß wie eine Kichererbse. Diese wurde ausgekratzt. Zunächst wurde durch die Nephrotomie der Zustand der Patientin gebessert, aber nach etlichen Monaten trat wieder Verschlimmerung ein und $4^1/_2$ Monate nach der Operation ging die Kranke zu Grunde.

Die Sektion ergab nun, abgesehen von den Kavernen in den Lungen und der vorgeschrittenen Blasentuberkulose, in den Nieren folgendes: Die rechte, nicht operierte und nach den klinischen Zeichen früher ergriffene Niere zeigte zwei Reihen von Veränderungen: sie war einerseits von einfacher Pyelonephritis ergriffen bei mäßig ausgedehntem Becken, andererseits wies sie mehrere typische, tuberkulöse Kavernen auf. Die linke, die operierte Niere war interessant zu studieren. Die noch offene Operationsfistel stand direkt in Verbindung mit dem fast normal großen Becken. Die ganze Niere war eigentlich wenig verändert, es fanden sich deutliche tuberkulöse Veränderungen nirgends vor, ebensowenig mehr eine Spur der kleinen ausgekratzten Kaverne.

In vorliegendem Falle wird ersichtlich, welche Schwierigkeiten sich manchmal bezüglich der Erkennung der Pyonephrose ergeben. Denn während bei Lebzeiten der Kranken die drei Hauptsymptome: Fieber mit großen Schwankungen, Nierenschmerzen und Vergrößerung der Niere auf echte Pyonephrose hinwiesen, ergab sich später bei der Operation, daß Vergrößerung und Schmerzen von der Nierenkongestion abhingen, während das Fieber von einer kleinen renalen Zurückhaltung eines Harns ausging, welcher den Bacillus coli enthielt; Eiteransammlung in einer Nierentasche bestand jedoch nicht. Albarran gelangt nun zum eigentlichen Thema, darzulegen, daß neben den krankhaften Veränderungen, welche der Tuberkelbacillus erzeugt, bald auch noch weitere durch andere Mikroorganismen hervorgerufen werden — sekundäre Infektion. Beide Infektionen gehen dann nebeneinander her. Begreiflich wird diese Thatsache dadurch, daß eben die Tuberkulose ein Terrain schafft, welches auch der Entwickelung anderer Mikroorganismen äußerst günstig ist. Durch die Gewebszerstörungen bei der Tuberkulose und die sie begleitende Kongestion wird für die sekundären Infektionen von der Harnröhre bis zur Niere der Weg geschaffen, namentlich für das Eindringen von unten nach oben. Verschiedenartige Mikrobien können zu dieser Infektion beitragen, am häufigsten der Bacillus coli. Albarran und Hallé haben ja schon früher gezeigt, daß derselbe als das gewöhnliche Agens der Harninfektion vorkommt. Außerdem rufen auch, nach Albarran, Staphylococcus, Streptococcus und der Bacillus septicus liquefaciens sekundäre Infektionen hervor. Die Hauptrolle spielt der Bacillus coli, allein oder mit Staphylokokken vergesellschaftet. Es scheint, daß diese Bakterien neben der tuberkulösen Infektion häufiger vorkommen als bei der gewöhnlichen Infektion. Bei der oben erwähnten Patientin fand sich im Harn der Blase nur der Bacillus coli und eben dieser allein im Becken der operierten Niere.

Der Einfluß, den diese sekundäre Infektion besitzt, ist ein großer. Man kann behaupten, daß durch dieselbe die vorausgegangene tuberkulöse Infektion in ihrem Verlaufe verändert wird und zwar in schwerer und hartnäckiger Art.

Während der Tuberkel allein langsam zur nekrotisierenden Zerstörung der Gewebe führt, beschleunigt die sekundäre Infektion den Gang dieser Störungen und ihre vernichtende Tendenz. Die Tiefe der krankhaften Veränderungen, die schnelle Vernichtung des schützenden Epithels erlauben den Mikroorganismen, schon bald auch jene krankhaften Veränderungen in der Umgebung des Harnapparates hervorzurufen, welche sonst nur nach langem und schwerem Harnleiden einzutreten pflegen. So sieht man oft im Gefolge der Tuberkulose Pericystitiden, Periureteritiden und Perinephritiden.

Diese sekundären Infektionen verändern also den sonst langsamen Gang der Tuberkulose, ferner befallen sie oft Teile des Harnapparates, welche die Tuberkulose verschont hatte und schaffen eine Quelle für Komplikationen. Für die Praxis sind diese Erfahrungen sehr wichtig. Zum Belege führt Albarran einen Fall an, in welchem neben unzweifelhafter einseitiger Nierentuberkulose und wahrscheinlicher Pyonephrose noch Cystitis zweifelhaften Charakters bestand. Da diese Cystitis möglicherweise nur die Folge der sekundären Infektion war, wurde durch Nephrektomie der Herd der Infektion entfernt, es trat völlige Heilung ein. Wäre aber die Blase bereits tuberkulös infiziert gewesen, würde die Nephrektomie nutzlos gewesen sein.

Die sekundären Infektionen der Nieren sind bei der Tuberkulose der Harnorgane sehr häufig, nicht bloſs sitzt die Sekundärinfektion oft in der tuberkulösen Niere, sondern man findet oft genug die andere nicht tuberkulöse Niere von Pyelonephritis oder Pyonephrose befallen.

Gehen Tuberkulose und Sekundärinfektion nebeneinander her, so gewinnen bald die Symptome der letzteren den überwiegenden Einfluſs.

Für die Diagnose ist das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Urin bei bestehender oder fehlender Cystitis noch nicht direkt ausschlaggebend, es kann eine tuberkulöse Pyonephrose bestehen, aber auch eine gewöhnliche Pyonephrose bei einem Tuberkulösen, die Bacillen können von jeder der beiden Nieren oder auch von der Blase herstammen. Dann werden die Cystoskopie und der Harnleiterkatheterismus uns weitere Aufschlüsse erteilen.

Bei der Nierentuberkulose kann man sich entweder mit der Nephrotomie und Drainage des Beckens begnügen oder die Auskratzung, partielle Resektion oder die Totalexstirpation der Niere vollführen.

Die Nephrotomie hat vielleicht eine nützliche Wirkung auf die Nierentuberkulose, welche nicht durch Sekundärinfektion kompliziert ist, und man kann sich fragen, ob sie nicht ähnlich wirkt, wie die Laparotomie bei gewissen tuberkulösen Bauchfellentzündungen. Man ist darüber noch im unklaren. Bei begrenzter Tuberkulose läſst sich nach Israel eine teilweise Nierenresektion und Entfernung des Herdes versuchen, ebenso die Auskratzung nach Morris. Die Nephrektomie bleibt zunächst noch die wichtigste Operation bei Nierentuberkulose, Albarran selbst hatte bei sechs Operierten fünf Heilungen.

Stets sollte man der Nephrektomie diejenige Art der Nephrotomie vorhergehen lassen, bei welcher die Niere von dem konvexen Rande her aufgeschlitzt wird; erst dann, nach genauer Untersuchung, mag die endgültige Operation entschieden werden. Bei einfacher Pyonephrose eines Tuberkulösen ist die Nephrotomie die Operation der Wahl. Zeigt sich jedoch ein groſser Teil der Niere durch bacilläre oder kombinierte Infektion zerstört, so wird man sich für die Nephrektomie entscheiden müssen.

II. **Mitteilung über einen Fall von Ectopia vesicae und über eine Abänderung der autoplastischen Methode**, von Pozzi. In dem vom Verfasser behandelten Falle (bei einem 11jährigen Mädchen) suchte er folgende Anzeigen bei seinem ope-

rativen Vorgehen zu erfüllen: a. die Harnröhrengegend zu decken; b. eine feste Bauchwand zu schaffen, um den Bruch zu heilen; c. eine Blasenhöhle zu gewinnen, welche im stande wäre, eine gewisse Menge Harn zurückzuhalten, so zwar, dafs die ständige Inkontinenz vermieden wird und dieser Höhle es erlaubt ist, sich zu füllen und durch Überlaufen sich zu entleeren. Alle diese Punkte hat Pozzi glücklich erreicht.

Zur Erklärung der Operationsart, besonders der Lappenbildung und der Naht, sind Zeichnungen beigefügt, welche das Vorgehen Pozzis ziemlich veranschaulichen. Mit Rücksicht darauf sei auf das Original verwiesen.

III. **Drei Fälle von Prostatismus vesicalis**, von Pasteau. Mit dem Namen „Prostatismus vesicalis" bezeichnet Guyon jenen krankhaften Zustand, bei welchem alle Beschwerden der Prostatahypertrophie gegeben sind, ohne dafs jedoch eine Vergröfserung der Vorsteherdrüse vorhanden wäre. Der Verfasser schildert ausführlich die drei von ihm beobachteten Fälle und fügt eine kurze Epikrise bei.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 73jährigen Mann mit Prostataabscess; die Zeichen der Hypertrophie, wie Harndrang, besonders zur Nachtzeit, die Schwäche des Strahls, Schmerzen in der Harnröhre beim Urinieren, spontane Stiche in der Aftergegend, Schwierigkeit beim Urinieren, Harnverhaltung waren vorhanden. Auch nach der Incision resp. Operation dieses Abscesses und trotzdem die Prostata nicht mehr vergröfsert erschien, blieb der Prostatismus bestehen. Der Kranke ging bald darauf an einer Pleuro-Pneumonie zu Grunde. Hier könnte man einwenden, dafs es vor dem Bestehen des Abscesses eine Hypertrophie der Prostata gegeben haben könne; der Verfasser hält dies jedoch nicht für wahrscheinlich und weist darauf hin, dafs auch bei der Sektion keine anderen Veränderungen sich herausstellten, als die Atheromatose und die Infektion der Blase und der Nieren.

Die zwei anderen Fälle besafsen sicher keine Prostatahypertrophie, zeigten dennoch die Beschwerden der Prostatiker; es waren Männer von 43 und 45 Jahren, beide sehr „atheromatös". Bei ihnen waren die krankhaften Zustände des Prostatismus hauptsächlich auf die Blase verteilt und zwar von Anfang an. Schuld an der Entwickelung dieser Änderungen trägt die Arteriosklerose in den Blasengefäfsen. Die Leute erscheinen wohl zu jung für diese Störungen, aber ihr Cirkulationssystem ist eben früh alt geworden. Auf das Vorkommen solcher „jungen Prostatiker" weist Guyon regelmäfsig hin. *Neuhaus-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1896. Heft VI.

Untersuchungen über den praktischen Wert des Sublimats bei Ulcus venereum, von Giovannini. Zu den Untersuchungen dienten Patienten mit weichem Schanker, denen an jedem Beine mittelst eines Rasiermessers eine oberflächliche Hautwunde beigebracht wurde. Auf diesen Wunden inokulierte Verfasser dann reichlich Schankersekret; während er aber die eine sofort oder nach verschieden langer Zeit mit Sublimatlösung gründlich reinigte, sollte die andere zur Kontrolle dienen. Die Resultate der Untersuchungen führten ihn zu folgenden Schlufsfolgerungen: Nach einem verdächtigen Coitus sollen die Genitalien und umliegenden Partien so rasch wie möglich (spätestens innerhalb 8 Stunden) gründlich mit 1‰iger Sublimatlösung abgewaschen werden und zwar während mehrerer Minuten. Kann die Reinigung sofort geschehen, so genügt eine Konzentration von 1 : 4000. Natürlich müssen diejenigen Hautstellen besonders sorgfältig behandelt werden, welche am häufigsten Sitz des Schankers sind: beim Manne die innere Fläche des Präputiums, der Sulcus

balanopraeputialis und das Frenulum; beim Weibe die Fossa navicularis und die kleinen Labien. Ebenso müssen allfällige Exkoriationen etc. mit doppelter Sorgfalt ausgewaschen werden.

Beitrag zum Studium der Hydroa vacciniforme von Bazin, von Prof. Mibelli. (In extenso in dieser Zeitschrift, Bd. XXIV, S. 87, erschienen.)

Die Trichophytonarten in der Provinz Parma, von Pelagatti. In extenso erschienen, *diese Zeitschrift*, Bd. XXIII. No. 10.

Zwei Worte über einen Fall von Akrokeratom oder Keratodermitis, von Giletti. Es handelt sich um den Fall, welchen G. früher schon beschrieben und der dann von Dubreuilh entgegen der Ansicht G.'s als Arsenkeratom erklärt worden war. Gestützt auf das Fehlen von kongestiven Erscheinungen in den Händen und Füßen, von Sensibilitätsstörungen, von Veränderungen in der Schweißsekretion; auf das Fortbestehen der Keratose lange nach der Einstellung der Arsenikmedikation besteht G. darauf, daß es eine essentielle Keratodermitis infolge einer Trophoneurose aus zentraler Ursache (nach Typhus) war. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Ein Fall von sog. angioneurotischem Ödem, von S. F. Wright. (*Brit. med. Journ.* 19. September 1896. S. 750.) Die 60jährige Patientin hat in den letzten 35 Jahren fast ununterbrochen an lokalisierten ödematösen Schwellungen gelitten, die bald diesen, bald jenen Körperteil, selbst die Zunge, vielleicht auch die Trachea und Bronchien ergriffen. Sie ist von ihren Attacken nie länger als sechs Wochen frei geblieben. Die befallenen Bezirke sind verschieden groß, erreichen zuweilen die halbe Größe einer Orange. Die Haut über den Schwellungen ist bisweilen schwach gerötet, öfter jedoch normal. Die Spannung derselben wechselt, gewöhnlich bleiben auf Druck Vertiefungen zurück. Eine Ähnlichkeit mit Urticaria, an der die Patientin niemals gelitten hat, hat die Affektion nicht. Auch Erythema in irgend einer Form muß ausgeschlossen werden, ebenso in ätiologischer Beziehung jede ernstere Dyspepsie. Die Attacken leiten sich durch keinerlei Vorboten ein. Die einzigen Effekte sind mechanischer Art. Die Zunge kann innerhalb von wenigen Stunden eine derartige Größe erreichen, daß der Mund nicht geschlossen werden kann und das Schlucken erschwert ist; oder die Lippen sind so vergrößert, daß der Mund nicht geöffnet werden kann. Eine Schwellung um die Augen kann dieselben so schließen, daß die Patientin nichts sehen kann.

Die Behandlung, insbesondere die diätetische, ist ohne Wirkung geblieben.

C. Berliner-Aachen.

Morbus caeruleus, von Guthrie. (*Brit. med. Journ.* 14. März 1896. S. 660.) Das dreijährige Mädchen zeigt eine kongenitale Cyanose, die in erregtem Zustande des Kindes stärker hervortritt. Gleichzeitig besteht Spina bifida occulta und eine eigen-

tümliche Parese der Beine. Das Herz läfst ein systolisches Geräusch vernehmen. Welchem von diesen pathologischen Zuständen die Cyanose der Haut zuzuschreiben sei, vermag Verfasser nicht mit Sicherheit zu entscheiden.

C. Berliner - Aachen.

Raynaudsche Krankheit und Sklerodaktylie, von Theodor Fuchs. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 39.) Zwei Fälle von Kombination der Raynaudschen Krankheit mit Sklerodaktylie geben dem Verfasser Veranlassung zu vorliegender Arbeit, die zunächst eine Wiedergabe des über Sklerodaktylie Bekannten enthält. Dafs dieselbe vorwiegend das weibliche Geschlecht befällt und meist im 3.—5. Decennium des Lebens auftritt, soll sie mit der Raynaudschen Krankheit gemeinsam haben. Die beiden beobachteten Fälle zeigten exquisite, symmetrische, lokale Asphyxie der Extremitäten von jahrelanger Dauer, der eine mit Gangrän. Daneben besteht rigide, derbe, straffe Haut, wie sie für Sklerodermie charakteristisch ist. Sehr bemerkbar ist die sehr starke Pigmentation der kranken Haut. Die Sensibilität ist ungestört. Es scheint sich hier um eine Erkrankung des Nervensystems mit trophischen und vasomotorischen Störungen zu handeln.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von J. H. Marsh. (*Brit. med. Journ.* 18. Januar 1896. S. 147.) Der 28jährige Patient war stets gesund, hatte auch niemals an Frostbeulen gelitten. Während des letzten strengen Winters, als er mit nackten Händen einen Stein bearbeitete, fühlte er plötzlich beide Hände zuerst weifs und schmerzvoll, dann dunkel und taub, wie todt werden. Er ging nach Hause, da er nicht im stande war, die Arbeit fortzusetzen. Am nächsten Morgen bemerkte er an einigen Fingern kleine Blasen, die barsten und sehr langsam abheilende Wunden hinterliefsen. Seit der Zeit leidet der Patient an periodischen Attacken von „Abgestorbenheit der Hände". Diese Attacken beginnen mit dem Eintritt des kalten Wetters und häufen sich zuweilen so, dafs der Patient gar nicht seiner Arbeit nachgehen kann. Jede Attacke dauert gewöhnlich mehrere Stunden, worauf gewöhnlich komplete Wiederherstellung eintritt. Gelegentlich bilden sich an einem oder mehreren Fingern Blasen mit nachfolgenden Geschwüren. Als der Patient sich zum ersten Male dem Verfasser vorstellte, zeigten die Finger eine dunkelrote Farbe und waren ganz gefühllos. An der Kuppe einiger Finger waren Narben zu sehen. Der Rest der Hände zeigte ein gefleckte Aussehen. Die Ohrläppchen waren dunkelrot und schienen ebenfalls etwas herabgesetzte Sensibilität zu zeigen. Der Urin war normal, ebenso der Puls. Der Patient wurde angewiesen, dicke, wollene Handschuhe zu tragen und so viel wie möglich die Kälte zu meiden. Während der Attacken sollte er zu Hause bleiben. Eisencitrat und Ammonium, Arsenik, Belladonna und Nitroglycerin wurden verordnet. Während der bisherigen zweimonatlichen Behandlung ist wesentliche Besserung eingetreten. Doch kann der Patient noch nicht in der Kälte arbeiten. Die Attacken sind weit weniger häufig. *C. Berliner-Aachen.*

Die cerebralen Komplikationen der Raynaudschen Erkrankung, von W. Osler-Baltimore. (*Amer. Journ. of the med. scienc.* November 1896.) Fall 1. Anfälle von Raynaudscher Erkrankung nur während des Winters, sechs Jahre hindurch. In Verbindung mit der lokalen Asphyxie an Händen, Füfsen, Ohren und an der Nase treten in jedem Winter epileptische Krämpfe und Hämoglobinurie auf. Kolikartige Leibschmerzen, Milzschwellung.

Fall 2. Seit fünf oder sechs Jahren gelegentlich Parästhesien an den Fingern. Im April 1891 Schwindelanfall mit rasch vorübergehender Bewufstlosigkeit; einen Monat später zweiter Anfall mit Schmerzen und lokaler Asphyxie am vierten und

fünften Finger der rechten Hand. Januar 1892 dritter Anfall mit Asphyxie und superfizieller Nekrose der Endphalangen des zweiten und fünften Fingers der rechten Hand; einen Monat später vierter Anfall mit Aphasie, Muskelschwäche in der rechten Hand, Parese im rechten Fuſs; rasche Erholung. Im März zweite Attacke kompleter Aphasie mit Spasmen in der rechten Hand. Hierauf tritt vollkommenes Wohlbefinden ein. Nach drei Jahren lokale Asphyxie, Nekrose der Endphalange des Mittelfingers der rechten Hand. Einen Monat später schwerer Anfall mit Kopfschmerzen, Parese des linken Armes und Beines, schweren lokalen Symptomen an der rechten Hand. Drei Monate später dritter Anfall von Aphasie mit rechtsseitiger Hemiplegie, lokaler Synkope und Asphyxie an der rechten Hand. Ein halbes Jahr später intensiver Schmerz in der rechten Hand, rasch sich entwickelnde Gangrän bis zum Ellenbogen; Coma; Tod.

Fall 3. Im Anschluſs an eine Chorea tritt eine häufig recidivierende schmerzhafte Schwellung der Beine mit Rötung der Haut auf; auſserdem Bewuſstseinsstörungen wahrscheinlich hysterischer Natur. *H. Einhorn-München.*

Die Beri-Beri-Krankheit, von Karl Daubler. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 40.) Beri-Beri, eine Krankheit der Tropen und subtropischer Gegenden, kennzeichnet sich durch Störungen der Motilität, der Sensibilität, hydropische Erscheinungen durch Herzerkrankung, vasomotorische Störungen in den Lungengefäſsen. Die Übersiedelung nach Europa, das Höhenklima mit abschüssigem Terrain und trockenem Boden wirken heilend. Vornehmlich betroffen sind pigmentierte Rassen. Die Mortalität ist in den verschiedenen Gegenden verschieden; sie schwankt zwischen 15 und 45°. Die höchste Erkrankungsziffer fällt zusammen mit der Regenzeit. Am leichtesten breitet sich Beri-Beri da aus, wo viele Menschen auf kleinem Terrain zusammengedrängt leben müssen, Kasernen, Gefängnissen, Feldlagern etc. Auch durch Kleider ist die Krankheit übertragbar. Der Krankheitserreger der Beri-Beri ist trotz vieler Arbeiten noch nicht entdeckt. Ob der Glogner'sche Milzamöbe es ist, steht noch nicht fest.

Das Krankheitsbild entspricht dem Ergriffensein der peripheren Nerven. Man kann einen akuten, subakuten und chronischen Verlauf unterscheiden. Der akute Verlauf bietet schwere Erscheinungen: Nach kurzem Prodromen hohes Fieber bis 47° C. (? d. Ref.), frequenter Puls, verstärkter Herzstoſs, lähmungsartige Schwäche der Beine, Ödeme, Stauung in den Lungengefäſsen, starke Atemnot, Hyperästhesie der Haut, besonders in der Bauchgegend. Die Nerven findet man bis auf die Nervenscheide oft vollkommen verstärkt durch Entzündung und Fettdegeneration. Bei sehr heftigem Auftreten kann der Tod in wenigen Tagen eintreten. Mattigkeit, leichtes Fieber mit Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit gestatten oft schon früh die Diagnose. Die subakuten und chronischen Formen zeigen dieselben Erscheinungen weniger heftig und langsamer sich entwickelnd. Die Muskeln atrophieren; bei längerem Bestande wird die Haut über den atrophischen Muskeln anästhetisch. Der Gang ist ähnlich demjenigen der Tabiker. Die chronischen Formen sind die häufigsten; Übergang in akute Formen kommt vor.

Die Autopsie ergiebt: Schwere Gerinnbarkeit des Blutes, selten Embolien, lange anhaltende Leichenstarre, mikroskopische Veränderungen im Rückenmark und in den peripheren Nerven, Odeme und Hydrops der Körperhöhlen, Degeneration des Herzmuskels.

Beri-Beri ist nicht identisch mit unserer multiplen Neuritis.

Bei der Therapie ist in subakuten und chronischen Fällen die Übersiedelung in andere Gegenden das Wirksamste. In akuten Fällen muſs man Morphium, Stimulantien, Digitalis geben. Die Hebung der Diurese ist das Zeichen eintretender Besserung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung der Insektenstiche, von Ottinger. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 49.) Um die nach Insektenstichen auftretenden lokalen Entzündungserscheinungen zu beseitigen und ihr Weiterschreiten zu verhindern, hält Verfasser eine energische Kälteapplikation wohl für angezeigt, dagegen hat er irgend einen lokal-therapeutischen Wert des so allgemein verwendeten Ammoniak (Salmiakgeist) niemals beobachten können. Ein anderes Mittel hat sich ihm vielmehr bei Insektenstichen vortrefflich bewährt, das Ichthyol. Dieses beseitigt im Verlauf weniger Minuten die Entzündungserscheinungen: Schmerz, Brennen, Jucken etc. Die Erklärung liegt in der gefäfsverengernden und somit entzündungshemmenden Eigenschaft des Ichthyols; dasselbe kann nur aufgetragen werden, in millimeterdicker Schicht, oder man kann die Salbenform verwenden und besonders den 10%igen Ichthyol-Guttapercha-Pflastermull. Eventuell könnte man Ichthyol mit Spiritusäther auch innerlich hinzufügen. *Neuhaus-München.*

Ausschlag nach zu starken Strychningaben, von J. Dulberg. (*The Brit. med. Journ.* 11. April 1896. S. 908.) Der Verfasser hatte einer Frau eine Strychnin enthaltende Mixtur verschrieben, von der die Patientin alle zwei Stunden einen Eíslöffel nehmen sollte, aber, wie sich später herausstellte, nahezu das doppelte Quantum genommen hatte. Am nächsten Morgen zeigte die Patientin im Gesicht, auf der Brust, am Nacken, .an den Armen einen scharlachartigen Ausschlag, wie ihn Verfasser schon früher einmal nach mäfsigen Strychningaben zu beobachten Gelegenheit hatte. Innerhalb 24 Stunden war von der Eruption nichts mehr zu sehen.

C. Berliner-Aachen.

Über das Chloralexanthem, von Chr. Grill. (*Ugeskr. for Læger.* 1896. No. 21, 22.) Auf dem Hospital für Geisteskranke zu Aarhus, woraus die Krankengeschichten des Verfassers stammen, hat er in den letzten sechs Jahren, trotz eines jährlichen, durchschnittlichen Gebrauchs von 32 000 g Chloral, nur bei vier Patienten ein ausgesprochenes Chloralexanthem sich entwickeln sehen, welches somit als nicht sehr häufig vorkommend bezeichnet werden kann. (Nur ganz flüchtige Erytheme können möglicherweise übersehen sein.) Verf. teilt acht Krankengeschichten mit (vier weitere aufser den obengenannten) und giebt, sich darauf stützend, eine Beschreibung des papulösen Chloralexanthems. Wenn der Gebrauch des Medikamentes einige Zeit nach dem Auftreten des Exanthems fortgesetzt wird, entwickeln sich irritative Hautaffektionen (zum Teil durch sekundäre Infektion): seltener Pusteln, öfters Ekzema und Ulcerationen (Pat. No. VI). Bei Patient No. VII, wo der Chloralgebrauch trotz des Auftretens eines papulösen Exanthems stetig fortgesetzt wurde (Chloralexantheme waren 1874 noch nicht bekannt), entwickelte sich eine sehr verbreitete, zum Teil bullöse, Epidermolysis und Patient starb infolge von Marasmus nach 7 bis 8 Wochen durch Chloralgebrauch (2 g jeden Abend). In Krankengeschichte VIII (58jähriges melancholisches Weib) bekam Patientin nach unausgesetztem Gebrauch von 2 g Chloral in 25 Abenden ein morbillöses Chloralexanthem, von allgemeinem Unwohlsein und Albuminurie begleitet; am dritten Tag Ikterus; am vierten Tag Mors, trotz Aussetzens des Medikamentes. Bei der Sektion fand man (aufser Cancer uteri, Entarteriitis aortae m. m.) folgende Symptome, welche höchstwahrscheinlich der Chloralvergiftung zugeschrieben werden mufsten: Haemorrhagiae subependymoidales ventriculi I und II, Vesiculae pelvis et calycum renum, ureterum et vesicae part., Cyanosis renum, Degeneratio hepatis cum cyanosi. Der starke Ikterus wäre der heftigen akuten Degeneration der Leber zuzuschreiben, welche bis jetzt als ein Unicum dastehen soll, da es sich nicht, wie bei früheren Beobachtungen, um eine Fettdegeneration handelt. (Der Sektionsfund mit mikroskopischer Untersuchung ist detailliert mitgeteilt.) *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein Fall von schwerem Quecksilberexanthem, von S. Isserson. (*Hospitalstg. Botkin.* 1896. No. 19.) Die 31jährige Prostituierte wurde mit den Erscheinungen vernachlässigter Lues condylomatosa in das Stadthospital von Kowno aufgenommen und ad injectiones von Hydrargyrum salicylicum (1 : 10) zweimal wöchentlich mit Einreibung der breiten Kondylomata an den Genitalien mit Kalomelsalbe verordnet. Nach zwei Wochen entwickelte sich eine starke Dermatitis an den Oberschenkeln, so dafs die Salbe weggelassen wurde. Nach der achten Injektion waren die Kondylome und der papulöse Ausschlag verschwunden und leichte Stomatitis aufgetreten, so dafs an Stelle der Injektionen Jodkalium verordnet wurde. Nach sechs Tagen, in deren Verlauf Patientin 6,0 Jodkalium bekommen hatte, trat plötzlich ein über den ganzen Körper verbreitetes scharlachähnliches Exanthem auf; Patientin klagte über Kopfweh, allgemeines Schwächegefühl und Hautjucken. Temperatur normal, im Rachen nichts Besonderes. Jodkalium wurde nun auch weggelassen und dafür Chinin verabreicht. Allmählich blafste das Exanthem ab, es trat kleienförmige Abschuppung der Haut auf, aber zugleich nahm auch die Schwäche zu, es stellte sich Erbrechen und Durchfall ein, und zwei Wochen nach Beginn des Exanthems starb die Patientin. Leider scheint keine Sektion ausgeführt worden zu sein. Der Ausschlag hatte nach Meinung des Autors keine Ähnlichkeit mit Jodausschlägen, dagegen wohl mit Scharlach, der sich indessen durch Fehlen der Angina und Temperatursteigerung ausschliefsen liefs. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Akute, hämorrhagische Septikämie, behandelt mit Antistreptokokkenserum, von Ch. A. Ballance und F. C. Abbott. (*The Brit. med. Journ.* 4. Juli 1896.) Ein Arzt hatte sich bei einer Sektion am Daumen verletzt. Fünf Stunden später fing der Daumen an, heifs und schmerzhaft zu werden, gleichzeitig machte sich bis in die Axilla reichende Lymphangitis bemerkbar. Am nächsten Morgen waren die Drüsen in der betreffenden Achselhöhle geschwollen, der Daumen gespannt, gerötet. Der Patient bekam Erbrechen, Schüttelfrost; die Temperatur stieg rasch an. Etwa 20 Stunden nach der Verletzung sahen die Verfasser den Patienten in benommenem Sensorium, stark fiebernd, den ganzen Körper mit einem septischen Scharlacherythem bedeckt. Der Zustand nahm fast zusehends einen hochgefährlichen Charakter an, als ultimum refugium Injektionen mit Antistreptokokkenserum (Burroughs & Wellcome) versucht wurde. Der Patient erhielt alle vier Stunden eine Injektion von 3,5 ccm. Sechs Stunden nach der ersten Injektion wurden folgende Anzeichen von Besserung wahrgenommen: 1. Das Sensorium war klar und der Kopfschmerz verschwunden. 2. Die Respiration war regelmäfsig und weniger stürmisch. 3. Der Puls ging langsamer. 4. Die Zunge war weniger trocken und belegt als zuvor.

Die Besserung schritt weiter vorwärts und der Patient wurde wieder gesund. Im ganzen wurden 28 Injektionen (8 à 3,5 und 20 à 7 ccm) gemacht. Abgesehen von einer rasch vorübergehenden Urticaria wurden keinerlei Nebenerscheinungen beobachtet.

Der Fall ermuntert nach der Ansicht der Verfasser, das Antistreptokokkenserum bei folgenden Zuständen anzuwenden: Schädelfraktur mit Gefahr einer eitrigen Meningitis, bei akuter Nekrose, Septikämie und Pyämie aus irgend einer Ursache, bei rapid sich ausdehnender Gangrän, Cellulitis, Erysipel, allgemeiner eitriger Peritonitis und septischen Komplikationen von Mittelohrerkrankungen. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, von W. Steer. (*The Brit. med. Journ.* 26. Sept. 1896. S. 846.) Der 14jährige, kräftig gebaute, früher stets gesunde Knabe giebt an, am 16. September von Wiltshire nach London gekommen zu sein. Am nächsten Abend bemerkte er eine Anzahl kleiner purpurroter Flecke an der Vorder-

fläche der Beine, und drei Tage später zeigte sich der Ausschlag an den Handgelenken. Die Ellenbogen- und Kniegelenke waren gespannt, etwas geschwollen und schmerzhaft. Der Patient empfand auch Muskelschmerzen in den Armen. Diese Symptome waren jedoch in wenigen Tagen verschwunden, als der Patient an Erscheinungen eines Gatro-Intestinalkatarrhs erkrankte. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus fühlte er sich sehr krank; die Lippen und die Zunge waren trocken, die letztere war bedeckt mit einem dicken, braunen Belag. An der Schleimhaut der Lippen und des Zahnfleisches sah man einige purpurrote Stellen.

Unter vorwiegend diätetischer Behandlung besserte sich der Zustand, der Ausschlag blafste ab. Aber wenige Tage später trat ein Rückfall ein. Der Patient erbrach blutig-gallige Massen, fieberte und zeigte in verstärktem Grade an verschiedenen Stellen die purpurroten Flecke. Während andere Mittel im Stiche liefsen, hatten Jodoformpillen eine unmittelbare gute Wirkung. Der Patient erholte sich nach einem zweiten Recidiv, das er durchmachte, unter Jodoformpillen langsam, aber stetig und blieb seitdem von weiteren Anfällen verschont. *C. Berliner-Aachen.*

Purpura haemorrhagica mit Netzhautblutungen, von J. N. Matthews. (*The Brit. med. Journ.* 19. Sept. 1896. S. 750.) Ein 13jähriges Mädchen war durch einen Trunkenbold erschreckt worden. An demselben Tage wurde sie schwer krank, erbrach mehrere Male und klagte über Schmerzen im Rücken und in der unteren Bauchgegend. Zwei Tage später wurden an den Beinen und Armen einige purpurfarbene Flecke bemerkt, die auf Druck nicht zurückgingen. Der Puls betrug 144, war stark gespannt, die Temperatur 39,1. In den nächsten Tagen zeigten sich andere Flecke an den Beinen. Der Puls sank etwas. Am sechsten Tage der Erkrankung bekam die Patientin starkes Nasenbluten. Purpurflecke wurden auch am Zahnfleisch wahrgenommen. Die Untersuchung der Augen ergab kleine Hämorrhagien in der Netzhaut beiderseits. Am zwölften Tage der Krankheit zeigte die Patientin alle Symptome von Abdominaltyphus, an dem sie jetzt noch darniederliegt. Die Krankengeschichte ergab keine Anhaltspunkte für Skorbut, Meningitis oder irgend eine andere mit Purpura einhergehende Krankheit. *C. Berliner-Aachen.*

Traumatische Entzündungen.

Die Ptomaine als Ursache des Verbrennungstodes, von G. Ajello und C. Parascandolo. (*Gazz. degli Osped.* 12. Juli 1896.) Aus ihren Beobachtungen und Experimenten ziehen Ajello und Parascandolo folgende Schlüsse:

1. Im Muskelfleische, in den Organen und in geringerem Grade im Blute Verbrannter existiert ein giftiges Ptomain.

2. Mit Hinsicht auf die Verschiedenheit der Symptome kann man mit Sicherheit ausschliefsen, dafs die Todesursache bei Verbrennung die Toxine des Proteus seien, wie dies Lustgarten behauptet.

3. Ausgeschlossen ist auch, dafs der Verbrennungstod eine Folge anatomischer Alteration der Organe oder des Blutes sei, da er erst später auftritt, wenn die lokal erzeugten Ptomaine resorbiert und am Körper verbreitet sind.

4. Ebensowenig ist die Theorie annehmbar, dafs die normalerweise im Körper vorhandenen Ptomaine ihre schädliche Wirkung erst infolge der durch die Verbrennung entstandenen Veränderung ausüben, da ihre Unschädlichkeit erwiesen ist.

5. Bewiesen ist ferner die Identität der Ptomaine, die aus aufserhalb des Körpers verbrannten Geweben erzeugt werden, mit jenen, die vom lebend verbrannten Tiere gewonnen werden.

6. Die Ptomaine entstehen in gröfserer Menge und Virulenz in den Muskeln, als in den Eingeweiden, am wenigsten im Blute.

7. Tiere, mit diesen Ptomainen injiziert, gehen genau so rasch und unter den gleichen Erscheinungen zu Grunde, als wenn sie direkt verbrannt werden.

8. Das Blut injizierter Tiere zeigt dieselben Veränderungen als das verbrannter.

9. Die durch die Ptomaine bewirkte Intoxikation ist erst lokal und wird erst durch Resorption und Diffusion eine allgemeine.

10. Der Verbrennungstod ist demnach eine Folge der Resorption von Ptomainen, welche durch chemische Veränderung der verbrannten Teile entstehen.

11. Die sofortige Abtragung des verbrannten Teiles verhindert die Resorption der Ptomaine, das Auftreten der Vergiftungssymptome und den Tod.

12. In späterer Periode kann nach künstlicher Anämisierung die Transfusion gesunden Blutes oder künstlichen Serums die schon eingetretenen Symptome zum Schwinden bringen und den Tod verhindern. *H. Einhorn-München.*

Ein Fall von perforierenden Darmgeschwüren nach einer Verbrennung, von F. Tobiesen. (*Hosp.-Tid.* 1896. No. 40.) Verfasser berichtet über einen solchen Fall aus Prof. Haslunds Abteilung bei einem 58jährigen Arbeiter mit einer sehr verbreiteten Verbrennung zweiten Grades. Patient starb ungefähr vier Wochen später, und bei der Sektion fand sich im Colon transversum ein erbsengroſses, scharfrandiges Geschwür, bis in das Cavum peritonei perforiert (mit diffuser Peritonitis); ferner fanden sich zwei ähnliche Geschwüre, eines im Colon transversum und eines im untersten Teile des Ileum. Kein Geschwür im Duodenum (in allen früher mitgeteilten Fällen sind die Ulcerationen immer ausschlieſslich hier gefunden worden). Auf dem Wege der Exklusion nimmt Verfasser an, daſs alle Geschwüre der Verbrennung entstammen. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Die Behandlung der Verbrennungen, von W. H. Brown. (*The Brit. med. Journ.* 29. Febr. 1896. S. 535.) Die Behandlung der Verbrennungen ist eine unzureichende und steht beträchtlich hinter derjenigen anderer Verletzungen zurück. Die Mortalität infolge von Verbrennungen aller Grade ist in den letzten 20 Jahren nicht geringer geworden. Shock und Septikämie sind die Todesursachen. Eine Dosis Morphium sollte zuallererst gegeben werden, um dem Shock vorzubeugen, die verbrannten Stellen sollten sorgfältig gereinigt und verbunden werden. Um den Patienten warm zu halten und gegen die Luft zu schützen, empfehle es sich, ihn in ein mit Borsäure antiseptisch gemachtes kontinuierliches Bad zu setzen. Karbolsäure oder Sublimat seien zu vermeiden. Um den Eintritt der Septikämie zu verhindern, werde vielleicht eine zukünftige Chirurgie die verbrannten Gewebe wegkratzen und dann die gut gereinigten Brandwunden antiseptisch verbinden. Verfasser gebraucht gegenwärtig Eukalyptusöl, das nicht giftig und nicht reizend wirkt.

C. Berliner-Aachen.

Pikrinsäure gegen oberflächliche Verbrennungen und Brandwunden, von d'Arcy Power. (*The Brit. med. Journ.* 12. Sept. 1896. S. 650.) Die für den Gebrauch bestimmte Pikrinsäure-Lösung wurde nach folgendem Rezept angefertigt:

℞ *Acid. picric.* 5,0
Alcohol 80,0
dissolve, adde
Aq. dest. 1000,0

Die Wunde wird zunächst mit einem Stückchen mit dieser Lösung getränkter Watte gereinigt. Blasen werden angestochen, der Inhalt herausgelassen, die Blasendecke möglichst erhalten. Sodann werden Gazestreifen mit der Lösung befeuchtet

und so aufgelegt, dafs sie die ganze Wundfläche bedeckt. Eine dünne Lage Watte wird darüber gelegt und das Ganze mit einer Leinwandbinde verbunden. Nach 3 bis 4 Tagen wird der Verband in derselben Weise frisch angelegt und kann nun eine Woche liegen bleiben. Die grofsen Vorteile dieser Methode bestehen darin, dafs die Pikrinsäure die Schmerzempfindung stark herabsetzt oder beseitigt, dafs sie die Tendenz zur Eiterung beschränkt, indem sie die Eiweifsexsudationen koaguliert, und endlich, dafs die Heilung unter einer Schuppe, bestehend aus Epithelialzellen, welche durch die Pikrinsäure hart geworden sind, gut von statten geht. Eine glatte, weiche Narbe bleibt zurück, wie sie eine andere Behandlung von Verbrennungen nicht zu erzielen vermag. *C. Berliner-Aachen.*

Zwei Fälle von Karbolgangrän, von Rosenberg. (*Ugeskr. for Læger.* 1896. No. 25.) Bei einem 40jährigen Manne und einem 7jährigen Knaben mit resp. Ekthyma dorsi manus und Vulnus contusum indicis entstand während der Behandlung mit Epithema aq. carbol. (2%), mit Guttaperchapapier gedeckt, eine kutane Gangrän. Im letzten Falle, wo die Eltern des Kindes, wegen der prickelnden Empfindung der Haut, lange nach der Heilung der Wunde mit der Behandlung fortgefahren hatten, zeigte sich ein fester bräunlicher Schorf der ganzen vom Umschlage bedeckten Hautpartie. Vorher sollen nach Leusser nur 34 solcher Fälle beschrieben worden sein. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Neurotische Entzündungen.

Über Erythromelalgie, von Karl Dehio. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 32.) Eine 40jährige Bäuerin zeigt folgende Krankheitserscheinungen: Ersens habituelle, diffuse, zeitweise exacerbierende Kopfschmerzen; während der Exacerbationen oft Erbrechen, blasse Cyanose der Gesichtshaut mit Verdickung des subkutanen Gewebes im Gesicht. Zweitens in der linken Hand permanente, zeitweise sich steigernde Schmerzen, inklusive Rötung an den Fingern und in der Vola manus, flache Knötchenbildung, fortwährendes Schwitzen, glatte Atrophie der Fingerhaut, Arteriosklerose der Arterien der linken oberen Extremität. Drittens neuralgische Schmerzen in der Gegend des linken Schultergelenks. Viertens Rötung und Schmerzhaftigkeit in der linken Fufssohle.

Die Erscheinungen sind nur zu erklären durch zentrale Nervenerkrankungen. In der That zeigte auch die mikroskopische Untersuchung des zu therapeutischen Zwecken reservierten N. ulnaris keine Veränderung. Dagegen fand man in der gleichfalls resecierten Art. ulnaris eine diffuse Sklerose der Intima. Nach der Operation erblafste der vom Nervus ulnaris versorgte kleine Finger und bekam eine normale Hautfarbe. Es war also die Hyperämie bedingt gewesen durch abnorme Erregung der Vasodilatatoren. Auch das abnorme Schwitzen hörte nach der Resektion des Nervus ulnaris in seinem Gebiete auf.

Das ganze Krankheitsbild stellt sich dar als der Effekt eines abnormen Erregungszustandes, wenn man von den trophischen Veränderungen (glatte Haut, Knötchenbildung) absieht. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Erkrankung der Hinterhörner und der Seitenhörner in der grauen Substanz des Rückenmarks, die sich in einem Zustand abnormer Erregung befinden. Es bestand ein Herd im Halsmark bis an den Boden des vierten Ventrikels (vasomotorische Gesichtsstörungen!) und ein zweiter im Lendenmark. — Der Symptomenkomplex der Erythromelalgie beansprucht eine gewisse Selbständigkeit.

Die linksseitige Arteriosklerose ist zu erklären durch die beständige Dilatation der Gefäfse infolge des verminderten Gefäfstonus. Diese hat eine kompensatorische Verdeckung der Intima zur Folge. In einem Falle von Mutschnik ist eine ähnliche Gefäfsveränderung beobachtet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von Erythromelalgie? von M. Heimann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 51.) Beide Fälle zeigen Rötung und Schwellung im Gebiete des Nervus radialis mit stärkerer Affektion der dorsalen Haut und Schmerzhaftigkeit. In beiden handelt es sich um eine akute Attacke, die zurückging unter Schälung der Haut.

Verfasser führt die Erscheinungen zurück auf eine vasomotorische Neuritis und faßt sie als akut verlaufende Pendants zur chronischen Erythromelalgie auf. — Die Ursache im ersten Fall ist die gewöhnliche. Der alkoholgeneigte Steinklopfer mußte dauernd auf feuchtem kalten Boden arbeiten. Im zweiten ist die Ätiologie unklar. Die Therapie bestand in Ruhestellung, Auflegen einer konzentrierten Ichthyolsalbe und Bedecken mit Guttaperchapapier. (Ob die starke Schälung nicht auf Rechnung des Ichthyols kommt? D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Erythromelalgie, von C. Pezzoli. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 53.) Eine sonst gesunde Person zeigt kurze Zeit, nachdem sie eine Pleuritis und Lungenkatarrh durchgemacht, wahrscheinlich unter Einfluß starker Nässe Erscheinungen an den Händen, bestehend in anfallsweise sich einstellender Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit; daneben besteht leichte Parästhesie und Herabsetzung der taktilen Empfindlichkeit. Die Anfälle dauerten circa 30 Minuten, darnach wurde die Haut wieder normal; später blieb eine leichte Anschwellung zurück. Allmählich nahm das Leiden an Intensität und Extensität zu. Die Haut der Finger blieb dann andauernd geschwollen; ihre Färbung bei Kältewirkung war cyanotisch, in der Wärme hochrot.

Der Fall reiht sich der dritten Gruppe der Lewinschen Einteilung an, bei der zentrale, nervöse Störungen fehlen oder wenigstens nicht nachweisbar sind. — Es handelt sich um angioneurotische Erkrankung. Dehjo hat an der excidierten A. ulnaris in einem Falle Verdickung der Intima nachgewiesen, andererseits gezeigt, daß die Excision des Nervus ulnaris die Affektion in dessen Gebiete beseitigte. Da nun aber anatomische Blutgefäßveränderungen durch Nervenläsionen entstehen können, kann eine neurotische Anteriosklerose (A. Fränkel) vorliegen.

Verfasser erörtert dann noch die Differentialdiagnose gegenüber den Perniones und der Aphyxia localis Raynauds, sowie die Therapie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Natur des Herpes zoster, von C. Paggi. (*Settimana medica delle Sperimentale.* 1896. No. 38.) Verfasser behandelte einen Patienten mit einem ausgedehnten Herpes zoster des Schulterblattes, des Ober- und Unterarms und begleitenden heftigen Schmerzen im ganzen von der Eruption befallenen Gebiete. Nach dem fünften oder sechsten Besuche wurde er nun selbst von der Dermatose affiziert, und zwar zeigte dieselbe genau dieselbe Lokalisation und dieselben Erscheinungen. Obschon Verfasser einen bloßen Zufall nicht für ausgeschlossen hält, glaubt er, daß der Fall zur Stütze der Theorie von der Kontagiosität des Herpes zoster dienen könnte.
C. Müller-Wallisellen.

Ohmann-Dumesnil empfiehlt (*St. Louis med. and surg. Journ.* August 1896) zur raschen und erfolgreichen **Behandlung des Herpes zoster** innerlich die Pilulae asiaticae, die besser wirken sollen als die Solutio arsen. Fowler, und lokal ein Kampher-Wismut-Pulver. *H. Einhorn-München.*

L. S. Sommers giebt (*Amer. med.-surg. bull.* 31. Oktober 1896) im Anschluß an die Mitteilung eines Falles von **Herpes des äußeren Ohres** eine Schilderung der Symptomatologie und Behandlung dieser Affektion, die nichts Neues enthält. Die Fälle sind außerordentlich selten und betreffen meist nervöse Individuen, die an Verdauungsstörungen leiden. *H. Einhorn-München.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über die **radikale Behandlung der Hydrocele tunicae vaginalis**, von Rörsch. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 7.) Verfasser giebt zunächst einen geschichtlichen Überblick über die gegen Hydrocele angewandten Maßnahmen, die einfache Punktion, die Punktion mit nachfolgenden Injektionen und die Operation mit dem Messer. Die Punktion mit nachfolgender Jodinjektion wurde besonders durch Martin in Calcutta berühmt, der mit dieser Methode angeblich 800 Fälle jährlich zur Heilung brachte. Rörsch selbst tritt, gestützt auf die statistisch nachgewiesenen besten Erfolge, nur für die Operation mit dem Bistouri ein, wobei er wesentlich Volkmann folgt. Er operiert aseptisch und verwendet 1%ige Kokaininjektion, wodurch der Eingriff fast schmerzlos vor sich geht. Nach der Incision fixiert er die Vaginalis durch 5—6 Nähte an der äußeren Haut, tamponiert locker mit Jodoformgaze, welche 8 Tage liegen bleiben dürfe. Nach dieser Zeit könne der Patient, mit einem Suspensorium versehen, aufstehen; die völlige Heilung sei in 3 Wochen erreicht. Manchmal bliebe eine leichte Schwellung der Drüse zurück, die sich aber stets verliere.

(Die neueste Statistik spricht aber entschieden für die Methode Julliards, nämlich Incision mit nachfolgender partieller Excisio tunicae vaginalis. D. Ref.)

Neuhaus-München.

Radikalbehandlung der Hydrocele durch Inversion der Tunica vaginalis, von Doyen. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 4.) Bei diesem Verfahren soll folgendermaßen vorgegangen werden: Der Kranke wird narkotisiert. Hautschnitt von 25 mm an der vorderen und unteren Partie des Hodensacks, Eröffnung der Vaginalis, Offenhalten der Ränder durch Pinzetten, Entleerung der Flüssigkeit. Nun ziehe man rasch die gesamte Vaginalis von ihren Verbindungen ab, um sie hervorstülpen zu können. Dies bereitet keine besonderen Schwierigkeiten, auch nicht gegenüber dem Hoden, der jetzt wie ein Brucheingeweide erscheint. Eventuell läßt sich die Öffnung in der Vaginalis nach Bedarf mit den Fingern erweitern. Hierauf wird alles zurückgeschoben, die Hautwunde durch 3 Nähte geschlossen. Keine Blutung, keine Reaktion, etwa wie bei Jodinjektionen. Die ganze Operation verlangt blos 3—5 Minuten Dauer. Sollen die beiden Seiten so behandelt werden, genügt ein Hautschnitt, man hat blos die mittlere Hodensackscheidewand zu eröffnen, die andere Vaginalis zu incidiren und hervorzustülpen. Auch die Varicocele läßt sich nach Doyen mittelst einer solchen kleinen Incision am Hodensack operieren. Man spannt die venösen Plexus spermatici an, legt 2 Ligaturen an und reseziert zwischen denselben die dicksten Venenstränge.

Die Radikalbehandlung der Hydrocele mittelst der Inversion der Vaginalis erscheine als Operation der Wahl in allen Fällen, in welchen diese Vaginalis als beträchtlich verändert anzunehmen ist.

In einfachen Fällen von Hydrocele mag die Punktion mit nachfolgender Injektion genügen. Doyen empfiehlt, nach Entleerung der Flüssigkeit etwas Kokain einzuspritzen und dann 1—2 ccm einer 10%igen Chlorzinklösung. Hat man vorsichtshalber 15—20 g der Hydrocelenflüssigkeit zurückbelassen, sei die Methode wenig schmerzhaft und doch sehr wirksam. Die Anschwellung sei geringfügig. Es erfolgt in 2—3 Wochen Resorption der koagulierten Eiweißkörper, Rückfall nur ausnahmsweise.

Neuhaus-München.

Über irritierende Injektionen und Drainage bei der Behandlung der Hydrocele, von Nicaise. (*Rev. de Chir.* 1895. No. 12.) Verfasser wendet folgendes Verfahren an: Mit einem Troicart No. 14 (Charrière) entleert er ca. 1/3 der Flüssigkeit und injiciert 3—4 ccm einer 1%igen Kokainlösung, worauf auch der Rest des serösen

Ergusses abgelassen wird. Hierauf injiciert er mit Wasser (unter Jodkaliumzusatz) verdünnte Jodtinktur. Nun fügt er in die Troicartkanüle das an der Spitze durchlöcherte Stilet ein, stöfst es auf der entgegengesetzten Seite der Einstichöffnung durch und zieht es wieder mit einem daran befestigten Drainrohre zurück, welches die Serosahöhle durchzieht und an beiden freien Enden fixiert wird. Am vierten Tage wird das Drainrohr entfernt und wurde das erste Mal ein antiseptischer Verband angelegt. Am siebenten Tage wird ein Suspensorium verordnet und der Patient kann aufstehen. *C. Müller-Genf.*

Zur Kenntnis der spezifischen Krystallbildungen im Genitalsystem des Mannes, von Prof. Fürbringer - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 38.) F. sucht seine Ansicht aufrecht zu erhalten, dafs die Böttcherschen Spermakrystalle im wesentlichen Produkte der Prostataepithelien und deswegen nicht als Hodenkrystalle (Lubarsch), sondern mit gröfserem Recht als Prostatakrystalle zu bezeichnen sind. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die Entstehung von Prostatitis und Harnröhrenstriktur durch das Radfahren mit schlecht passendem Sattel, von W. W. Townsend. (*New York med. Journ.* 22. Februar 1896.) Ein Buchhalter kam wegen Reizerscheinungen an der Urethra in Behandlung. Es wurde durch endoskopische und rektale Untersuchung eine granulöse Urethritis und chronische parenchymatöse Prostatitis festgestellt. Das Caput gallinaginis war stark geschwollen, die Schleimhaut livide verfärbt und empfindlich; an der Pars membranacea war die Schleimhaut geschwollen und teilweise erodiert; in der Pars bulbosa waren diese Erosionen zahlreicher. Eine venerische Ätiologie wurde durchaus geleugnet. Es wurde festgestellt, dafs bei dem Sattel des Rades, auf welchem der Patient oft und lange fuhr, das Körpergewicht fast ausschliefslich auf das Perineum drückte. Verfasser hat mehrere ähnliche Fälle beobachtet, kennt aber keine Art von Sattel, bei welcher dieser Nachteil vermieden wird. Auf diese Weise kann natürlich diese sonst so gesunde Thätigkeit, namentlich auch bei Frauen und Mädchen höchst gefährlich sein. *Philippi-Remscheid.*

Über die Häufigkeit der verschiedenen Arten der Prostata-Hypertrophie, von Motz. (Nach *Ann. d. med. d. org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Die Sektionen des Verfassers beziehen sich auf 60 Fälle von Prostatikern. Seine Statistik weicht wesentlich von der Thompsonschen ab. Diese ergab 91% Hypertrophie der drei Prostatalappen und 6,6% der beiden Lappen. Motz dagegen fand: 56,6% Hypertrophie der drei Lappen, 36,6% seitliche Hypertrophie und 6,6% Hypertrophie des Mittellappens. Für eine eventuelle Abtragung des Mittellappens ist dieser Befund wohl zu berücksichtigen. *Neuhaus-München.*

Über die sog. Hypertrophie der Vorsteherdrüse und über anatomische Grundlagen der senilen Insufficienz der Blase, von Stanislaw Ciechanowsky. (*Centralbl. f. Chir.* 1896. No. 32.) Folgende Ergebnisse seiner Untersuchungen berichtet der Verfasser:

I. 1. Die Veränderungen der Nieren, Blase, Prostata sind nicht, wie die Guyonsche Schule annimmt, auf Arteriosklerose zurückzuführen.

2. Als anatomische Grundlage der Blaseninsufficienz beim Prostatismus (Guyon) ist eine quantitative Veränderung in dem Verhältnisse des Blasenmuskels zum Bindegewebe nachweisbar.

3. Diese qualitative Veränderung scheint eine regelmäfsige Begleiterin des zunehmenden Alters zu sein; sie nimmt zu, wenn mechanische Hindernisse der Harnentleerung entgegenstehen und erreicht den höchsten Grad bei Hinzutreten ent-

zündlicher Erscheinungen. In der Regel wirken alle Momente gleichzeitig mit, nur selten ist reine senile Atrophie der Blasenmuskeln die Ursache hochgradiger Harnbeschwerden. Durch Hypertrophie der Blasenmuskeln, wie sie bei mechanischen Hindernissen die Regel ist, wird der Einfluſs dieser schädlichen Momente geschwächt. Die Endwirkung dieser hängt von ihrer Summe ab; bei Beurteilung des Einzelfalles müssen sie alle in Betracht gezogen werden.

II. Die sog. Hypertrophie der Prostata scheint nicht eine homoplastische Neubildung, sondern fast immer eine Folge entzündlicher Vorgänge in dem Drüsengewebe, im Stroma, oder in beiden zu sein.

Das Endergebnis dieser entzündlichen Vorgänge, die nicht eine Vergröſserung des Organs bedingen und den chronischen, postblennorrhoischen Prostataentzündungen ähneln, hängt weniger von Intensität und Ausbreitung, als von der Lokalisation ab. Je zentraler die entzündlichen Veränderungen des Stromas, je peripherer diejenigen der Drüsen, desto wahrscheinlicher der Ausgang in Hypertrophie. Bei umgekehrter Lokalisation kann sogar eine Atrophie eintreten.

Bei der Mehrzahl hochbejahrter Individua ist in der Prostata eine protrahierte Entzündung nachweisbar, die nicht immer, aber bei gewissen Vorbedingungen eine Vergröſserung hervorrief.

Die sog. Prostatahypertrophie ist also in der Regel ein Folge chronisch-entzündlicher Vorgänge, wenn sie auch nicht den einzigen Endausgang der letzteren bildet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Prostatahypertrophie und deren Behandlungsmethoden spricht Viertel. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 36 u. 37.) Redner erörtert die Pathologie der Prostatahypertrophie und die neuen Heilbestrebungen, berichtet dann über einen Mann, den er mit Erfolg mittelst Resektion der Ductus efferentes und Abreiſsung des peripheren Stücks von Hoden behandelt hat, wie es Helferich vorgeschlagen. Nach diesem Autor soll nach dieser Operation die Potentia coeundi sogar erhalten bleiben.

In der Diskussion berichtet Sackur über Tierversuche, die eine Schrumpfung der Prostata nach der Kastration ergaben. Das Drüsengewebe vermindert sich, während das Stützgewebe zunimmt. Dieselbe Wirkung übt, wenn auch etwas langsamer, die Durchtrennung der nn. spermatici, des Samenstranges, des Vas deferens aus, insofern sie doppelseitig ausgeführt wird. Einseitige Operationen sind ohne Effekt. Die Hoden scheinen nach diesen Eingriffen zu atrophieren, jedoch ist das mikroskopisch noch nicht festgestellt.

Henle berichtet aus der chirurgischen Universitätsklinik über vier doppelseitige Unterbindungen des Samenstranges. Der Hoden schwoll bisweilen etwas an, atrophierte dann nach 3—6 Wochen. Die Blasenbeschwerden besserten sich, resp. schwanden in zwei Fällen, einer blieb ungebessert, einer ist noch in Behandlung. Die Kastration wirkt prompter.

Ponfick weist hin auf die Entmannungsmethode, die bei Tieren in Frankreich üblich ist. Der Operateur vollzieht am Hoden gewaltsame Drehbewegungen und zerreiſst, quetscht oder torquiert so den Samenstrang. Diese „Bistournage“ bewirkt eine funktionelle Atrophie der Geschlechtsorgane des Hengstes.

Neisser weist darauf hin, daſs bei Prostatikern besonders oft die unzulängliche Funktion der Blasenmuskulatur die Ursache der Störungen ist, was vielfach zu wenig beachtet wird. Die beginnende Blasendilatation, erkennbar am Residualharn, bedarf der besonderen Berücksichtigung. Die Blase muſs künstlich entleert werden, um ihre Muskulatur kräftig zu erhalten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

G. K. Swinburne empfiehlt (*Amer. med. surg. bull.* 1896. No. 13) **ein Instrument zur Massage der Prostata**, das sich im wesentlichen nur durch seine weniger starke Krümmung von dem von Feleki angegebenen unterscheidet. Aufserdem zeigt der Stiel des Instrumentes, 11½ und 13 cm vom birnförmigen Ende entfernt, Marken, die zur Orientierung über die Länge des eingeführten Teiles dienen sollen.

H. Einhorn-München.

Zur leichteren Ertragung des Verweilkatheters bei Prostatikern empfiehlt Guépin 1. alle Hindernisse am Introitus urethrae (Atresie etc.) mittelst Bistourie zu entfernen, und 2. auf jede Entleerung der Blase eine Ausspülung mit Borlösung folgen zu lassen. (*Rif. med.* 1896. No. 94.) *C. Müller-Wallisellen.*

Phélip hat **für voluminöse Prostata neue elastische Katheter** konstruiert, welche die bisherigen Metall- oder elastischen Mandrinkatheter vorteilhaft ersetzen sollen. Das Ideal wurde jedoch, trotz der gröfsten Sorgfalt bei der Fabrikation, bisher nicht erreicht; Ph. hofft aber diese Unvollkommenheiten bald beseitigen zu können. Die Katheter sind aus Kautschuk angefertigt, dessen Konsistenz ungefähr derjenigen der gewöhnlichen französischen Gummikatheter (mit Mandrin) gleichkommt. Die Spitze des Katheters ist halbkreisförmig gebogen oder trägt zwei bis drei winkelförmige Knickungen. Vor der Einführung in die Urethra werden dann diese Formen noch mit der Hand nach Belieben in beschränkteren Grenzen modifiziert. (*Lyon méd.* 1896. No. 13.) *C. Müller-Wallisellen.*

Die subkutane Durchtrennung des Vas deferens zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von C. Lauenstein-Hamburg. (*Centralbl. f. Chir.* 1896. No. 7.) Bei einem 81jährigen Patienten mit hochgradiger Prostatahypertrophie und cystitischen Beschwerden wurde die Durchscheidung des Samenstranges ausgeführt. Durch je einen Längsschnitt wurde in Narkose der Samenstrang freigelegt, isoliert, und nach Durchtrennung die Unterbindung der Gefäfse ausgeführt. Vom Tage der Operation an spontane Urinentleerung, auch die Inkontinenz liefs einige Wochen später vollkommen nach. Nach der Operation starke Anschwellung der Hoden, verbunden mit umfangreicher Sugillation der Skrotalhaut, weiterhin Ödem des Penis, weshalb nachträglich beide Testikel enukleiert wurden, die beträchtlich geschwollen und stellenweise hämorrhagisch infarciert waren.

Nach diesem Eingriffe rasch fortschreitende Besserung.

Die Vermutung, dafs die Durchtrennung des Vas deferens allein zur Erzielung der Rückbildung der Prostata ausreichen könne, bewog L. bei einem weiteren Prostatiker die subkutane Durchtrennung der Samengänge auszuführen. Der alte, schon sehr elende Patient starb einige Tage später, unabhängig von dem geringen Eingriffe.

Zur Fixierung des Vas deferens bediente sich L. einer ausgekochten Sicherheitsnadel, deren Spitze er oben an dem auseinandergezogenen, „platten" Skrotum durch die Skrotalhaut ein-, hinter dem Vas deferens her und aus der Skrotalhaut wieder herausführte. Die Verschieblichkeit der durchtrennten Stücke des Vas deferens zeigt dem Gefühl deutlich, dafs die Discission stattgefunden hat. Nach der Entfernung der Nadel tritt sofort eine Inkongruenz der äufseren Stiche und der Trennungsstelle des Vas deferens ein, die kleinen Hautwunden ziehen sich fast von selbst zusammen und bedürfen nur eines kleinen Verbandes.

Eine Wiedervereinigung des Vas deferens findet bekanntermafsen auch nach zufälligen, unabsichtlichen Durchtrennungen niemals statt. *H. Einhorn-München.*

Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resektion des Vas deferens, von Dumstrey (*Centralbl. f. Chir.* 1896. No. 18.) Ein Prostatiker,

65 Jahre alt, wurde durch beiderseitige Resektion des Vas deferens von seinen Harnbeschwerden befreit. Auffallend war aber der nach der geringfügigen Operation eintretende starke körperliche und geistige Verfall; denn der Patient erhielt seine frühere Frische nicht ganz wieder. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hypertrophie der Prostata. Inkomplete Harnverhaltung. Resektion der Vasa deferentia. Heilung, von O. Zuckerkandl. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 27.) Die Resultate der Kastration und der Unterbindung der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie müssen einer strengen Kritik unterworfen werden. Eine Besserung der Harnentleerung ist nach Verfasser als Beweis für den Erfolg nicht anzuerkennen, da solche Besserungen auch sonst oft vorkommen. Eine völlig ungestörte Urinentleerung, eine völlige Beseitigung des Residualharnes mufs verlangt werden, wenn man mit dem Erfolg zufrieden sein soll. So günstig endete der vom Verfasser operierte Fall, der lange Zeit schon wegen Impermeabilität der Urethra eine Bauchdeckenfistel trug. Es wurden 3 cm aus den Vasa deferentia beiderseits excidiert. Es trat starke Verkleinerung der Prostata ein, der Residualharn schwand ganz, so dafs man 14 Tage später die Bauchdeckenfistel zuheilen lassen konnte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pavone und Frassi berichten über mehrere zum Teil sehr schwere Fälle von **Prostatahypertrophie,** welche durch Resektion der Vasa deferentia geheilt wurden. (*Policlinico* 1896. No. 8.) *C. Müller-Genf.*

In einem Falle von **Prostatahypertrophie** erzielte Loumeau gar keinen Erfolg mit der **Resektion der Vasa deferentia.** Bei dem 69jährigen Patienten mufste aufserdem die Cystotomia suprapubica ausgeführt werden wegen einer heftigen, durch einen Fremdkörper (Katheterstück) verursachten Cystitis. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux.* 1896. No. 32.) *C. Müller-Genf.*

Über die Resektion der Samenleiter als ein Heilmittel bei Prostatahypertrophie, von Helferich. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 2.) An Stelle der Kastration empfiehlt Verfasser als kleine, leichte Operation, die oft denselben Effekt giebt, bei alten und schwächlichen Personen die Resektion des Samenleiters. Diese Operation läfst sich ohne Narkose in wenigen Minuten ausführen. Von einem kleinen Hautschnitt aus wird der Samenleiter stumpf isoliert, durch Zug am Nebenhoden abgerissen und dann oben abgeschnitten; die Länge des resecierten Stücks beträgt 8—12 cm. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Kastration bei Prostatahypertrophie, von Czerny. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 16.) Nach den vielen empfehlenden Mitteilungen obiger Operation ist es interessant, auch einmal die Gegenpartei zu hören. Czerny äufsert erst eine Reihe theoretischer Bedenken, die den Erfolg der Kastration in Frage stellen, und teilt dann drei an der Heidelberger Klinik operierte Fälle mit, in denen der Erfolg ausblieb (einer starb an Pneumonie). Als Kontraindikation sieht er vor allem vorgeschrittene Cystopyelitis an, mit starken Altersveränderungen; vielleicht eignen sich frischere Fälle mit starker venöser Hyperämie besser. Verfasser empfiehlt statt dieser unsicheren, verstümmelnden, eingreifenden Operation lieber die galvanokaustische Incision nach Bottini, die gute Resultate giebt und eventuell wiederholt werden kann. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Kastration gegen Prostatahypertrophie, von Borelius. (*Centralbl. f. Chirurg.* 1896. No. 21.) Verfasser berichtet über einen 76 Jahre alten Kranken, bei dem wegen Prostatahypertrophie und dieselbe bedingten Blasenstörungen die beiderseitige Kastration ausgeführt wurde. Bei normalem Wundverlauf entwickelte sich

am 9.—10. Tage nach der Operation ein abnormer geistiger Zustand von Stupidität bei normaler Diurese und Temperatur, der etwa zwei Wochen anhält. Der Verfasser glaubt, dafs es sich um eine spezifische Nebenwirkung der Operation handelt, auf die er hinweisen wollte. Dafs wirklich dieser abnorme geistige Zustand in direkten Konnex mit der Kastration als solcher steht, bedarf aber doch wohl des Beweises. Der Erfolg der Operation war ein ausgezeichneter. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie, von F. Charlton. (*Brit. med. Journ.* 25. April 1896.) Der 77jährige Patient hatte seit 8 Jahren einen Katheter gebraucht, hatte seit 5 Jahren keine sexuelle Leistungsfähigkeit mehr wahrgenommen und war im ganzen durch den häufigen Urindrang, durch gelegentlichen Blutverlust, Schmerzen und Appetitlosigkeit sehr heruntergekommen. Nach verschiedentlicher vergeblicher Behandlung wurden als letztes Mittel beide Hoden entfernt; auf der einen Seite wurde das Vas deferens in die gemeinsame Ligatur mit eingeschlossen, auf der anderen nicht. Auf ersterer Seite wurde nachher einiger Schmerz empfunden, und etwa 10 Tage lang schien es, als ob eine Geistesstörung sich entwickeln würde. Im übrigen war der Erfolg sehr befriedigend, und bei der letzten Untersuchung, 3 Monate nach der Operation, war auch die Prostata etwa um die Hälfte verkleinert. *Philippi-Remscheid.*

Vergebliche Kastration bei Prostatahypertrophie, von Charles B. Kelsey. (*Med. Record.* 23. Mai 1896.) 5½ Wochen nach der doppelseitigen Kastration starb der Patient an chronischer Nephritis. Die klinischen Erscheinungen der Prostatahypertrophie waren nicht im geringsten gebessert worden. H. T. Brooks machte die pathologisch-anatomische Untersuchung der Prostata, deren makroskopischer und mikroskopischer Befund besonders genau angegeben ist. Es war nicht das geringste Zeichen von Atrophie oder Degeneration der Drüse vorhanden.

J. Appel-Altona.

Bilaterale Kastration wegen Prostatahypertrophie, nebst Bericht über einen einschlägigen Fall, von Carl Meyer. (*Med. News.* 25. Januar 1896.) Bis zum Juli vorigen Jahres hatte White bereits 111 Fälle dieser Operation gesammelt. Indem Verfasser einen weiteren durchaus erfolgreich verlaufenen Fall bei einem 70jährigen Manne ausführlich beschreibt, sucht er zugleich eine erschöpfende Erklärung der Physiologie des Vorgangs zu geben. Als das Wahrscheinlichste erscheint es ihm, dafs durch die Kastration verschiedene Arterien und Venen zur Obliteration resp. Thrombosierung gebracht werden, und dafs somit die Ernährung der Drüse direkt beschränkt wird. Ferner wird durch den Eingriff ein direkter Einfluss auf die Nerven der Plexus prostaticus und vesicalis, von welch' letzterem Äste zum Vas deferens abgehen, ausgeübt und es könne sehr wohl eine Verengerung der ernährenden Blutgefäfse auf reflektorischem Wege erzeugt werden. Zur Bestätigung seiner Ansicht fügt Verfasser Abbildungen seiner mikroskopischen Präparate der exstirpierten Hoden nebst Blutgefäfsen bei. Gegenüber den anderen Behandlungsmethoden (Cystotomie, Prostatotomia suprapubica et perinealis, Galvanokaustik, Unterbindung des ganzen Samenstranges, subkutane Durchschneidung des Vas deferens) gilt ihm diese Methode bei richtiger Anwendung und bei geeigneten Fällen als bei weitem das beste Mittel.

Philippi-Remscheid.

Sehr schwere Erstickungsanfälle bei einem an Prostatakrebs erkrankten Mann. Plötzlicher Tod während eines dieser Anfälle, von Dubuc. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 1.) Als der 66jährige Mann in die Behandlung des Verfassers kam, litt er bereits längere Zeit an einem zweifellosen grofsen Carcinom

der Prostata. Der Kräftezustand war noch erträglich, der Harndrang und die Harnverhaltung bedeutend, liefsen sich aber durch die Behandlung bessern. Im Laufe der nächsten 11 Monate erlitt nun der Patient eine ganze Reihe von bedrohlichen Erstickungsanfällen, bis er endlich einem solchen erlag. Dubuc macht nun darauf aufmerksam, dafs nicht etwa Urämie, sondern wahrscheinlich eine Embolie die Todesursache wurde. Der Harn zeigte nämlich nur Spuren von Eiweifs, hatte normalen Gehalt an Harnstoff, Nierencylinder fehlten. Andererseits sei leicht denkbar, dafs krebsige Massen oder Blutgerinnsel in die Vena cava inferior und die rechtsseitigen Herzhöhlungen gelangten, von da in die Teilung der Lungenarterie, wiederholte Nachschübe konnten schliefslich auch einen sehr grofsen, plötzlich gefährlichen Embolus erzeugen. *Neuhaus-München.*

Über osteoplastisches Carcinom der Prostata, zugleich ein Beitrag zur Genese der perniciösen Anämie, von Ludwig Braun. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 12.) Den Einfluſs, den maligne Tumoren auf die Blutzusammensetzung auszuüben vermögen, indem sich Metastasen in den blutbildenden Organen etablieren, illustriert der hier mitgeteilte Fall. Derselbe betrifft einen 64jährigen Mann, der unter den Erscheinungen einer „Anaemia gravis", starker Knochenschmerzen, einer hämorrhagischen Diathese zu Grunde geht.

Im Blute findet man ausgesprochene Poikylocytose, kernhaltige rote Blutkörperchen, spärliche Geldrollenbildung, keine ausgesprochene Leukocytose. Hämoglobingehalt nach Fleischl 30%.

Die Sektion ergiebt als den wichtigsten Befund ein Carcinom der Prostata mit zahlreichen Metastasierungen im Knochenmark, das fast ganz geschwunden war. Der primäre Tumor in der Prostata hatte an sich keine Symptome gemacht, die gestörte Blutbildung infolge der Erkrankung des Knochenmarks beherrschte das Bild, welches demjenigen der perniciösen Anämie glich. Für die Auffassung der letzteren als selbstständige Erkrankung ist dieser Fall sehr lehrreich, durch den das Gebiet der essentiellen perniciösen Anämie wiederum eingeengt wird. Der Verfasser glaubt aber auf Grund der sehr eingehend geschilderten Blutbefunde, dafs man an der Hand derselben die deuteropathischen von den essentiellen Formen wird abgrenzen können. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 30) berichtet Heller über **experimentelle Blennorrhoe bei neugeborenen Kaninchen.** Ausgehend von der Thatsache, dafs die Conjunctiva kleiner Kinder für den Gonococcus hochempfindlich ist, versuchte H. die Conjunctiva eben geborener Kaninchen mit Gonokokken-Reinkulturen zu infizieren. Er erzielte in fast allen Fällen ein positives Resultat. Die Kokken erwiesen sich mikroskopisch als echt: einigemal fand sich intracelluläre Lage; einmal gelang auch eine Gonokokken-Reinkultur aus einer derartigen Blennorrhoe.

In der Diskussion zweifelt Max Wolff die Echtheit der Hellerschen Präparate an: er ist nicht überzeugt, dafs die von Heller erzeugte Blennorrhoe identisch mit der menschlichen Blennorrhoe sei. *F. Hahn-Bremen.*

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe des Weibes, von H. Schultz.[1] (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXVI. Heft 1 u. 2.) Diskussion, gehalten in der K. Ung. Ärztegesellschaft zu Budapest am 7. März 1896.

[1] S. diese Zeitschrift Bd. XXIII, pag. 374.

Doc. Dirner: Die Gonokokkenuntersuchung der weiblichen Sekrete in Hospitälern ist eine wichtige, anders steht die Sache bei der Untersuchung der Prostituierten, da ist dieselbe kaum durchführbar, indem dazu einerseits eine genaue Fachkenntnis und grofse Übung erforderlich ist, anderseits ist dieselbe sehr zeitraubend, denn die Gonokokkenuntersuchung hat nur dann einen Wert, wenn das Sekret der Vulva, Urethra, Vagina, Cervix und Uterus untersucht wird. Die Aufgabe des Polizeiarztes sei daher, die Prostituierten selbst bei geringstem Verdachte ins Hospital zu schicken. Was die Therapie anlangt, konnte er mit dem Argentamin nicht dieselben glänzenden Resultate erreichen, die Intrauterinbehandlung mit der Braunschen Spritze mufs er verwerfen, indem sich bei einem Falle auf 10%ige Lapiseinspritzung starke Koliken und perimetritische Erscheinungen einstellten.

Dr. Bäcker kann mit Vortragenden nicht übereinstimmen, indem derselbe nur jene Prozesse als Blennorrhoe betrachtet, wo Gonokokken nachgewiesen werden können, und wenn dieselben nicht mehr nachweisbar sind, so wäre die Blennorrhoe als geheilt zu betrachten, auch mit dem nicht, dafs Verfasser bei Untersuchung auf Blennorrhoe die mikroskopische Untersuchung der klinischen vorzieht. Die neuesten Untersuchungen haben erwiesen, dafs die Blennorrhoe einen ascendierenden Charakter hat und sich in den erreichbaren Teilen des Genitaltraktes zurückbilden kann, währenddem sich dieselbe in den Tuben und Ovarien festnistet. In dem Sekrete der chronischen Blennorrhoe sind die Bakterien in solch' minimaler Anzahl, — wie dies auch durch Wertheim bewiesen — dafs deren Nachweis blofs auf kulturellem Wege erbracht werden kann. Anderseits können die Gonokokken in die Tiefe wandern, selbst in die Muskelsubstanz, und so ist der negative Befund kein genügender Nachweis der Infektionslosigkeit. Was die Prognose anlangt, glaubt er nicht, dafs die Blennorrhoe in einigen Wochen geheilt werden kann, und hatte stets die Impression in den Fällen, die heilten, dafs dieselben durch die Zeit selbst geheilt sind. Die Exaktheit der Therapie der weiblichen Blennorrhoe leidet auch darunter, dafs man alle Schlupfwinkel (hauptsächlich die Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen und die um die Harnröhre sich befindlichen Lakunen) nicht genügend erreichen kann. Wenn der Prozefs bereits das Endometrium und die Tuben ergriffen hat, so ist die Behandlung eine illusorische, indem von den Tuben aus stets eine Reinfektion stattfinden kann. Im übrigen ist nicht anzunehmen, dafs mit der Braunschen Spritze etwas Flüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle gelangen kann, sondern glaubt aber, dafs die hervorgerufenen Kontraktionen Sekret von den Tuben in die Bauchhöhle pressen und so die Pelveoperitonitiden verursacht werden, wie man das auch bei den übrigen Intrauterinbehandlungen beobachten kann. Bei akuten Adnexerkrankungen ist blofs die palliative Behandlung, bei den chronischen die Massage am Platze, und wenn diese auch im Stiche lassen und die Kranke arbeitsunfähig wird, so ist der operative Eingriff indiziert, obzwar die Resultate bis jetzt nicht die günstigsten waren.

Prof. Tauffer steht auch auf dem Standpunkte, dafs der negative Befund nicht gegen Blennorrhoe spricht. Was die Heilbarkeit der Blennorrhoe anlangt, kann er nicht Bäcker zustimmen. Ist die Blennorrhoe eine akute, so ist die lokale Behandlung nicht am Platze, sondern lauwarme Sublimatinjektionen angezeigt. Wenn nun das akute Stadium vorüber ist, wird die Schleimhaut der Vagina mit 5%iger Chlorzinklösung ausgewischt und mit Jodoformgaze ausgefüllt. Dieses Verfahren wird in seiner Klinik durchgeführt, in 4—5tägigen Intervallen noch 2—3 mal wiederholt und dann werden Lapislösungen angewendet. Er kennt viele Frauen, die vor Jahren so behandelt wurden und bei denen keine Recidive eintraten. Die Heilbarkeit der Blennorrhoe ist bis zur gewissen Ausbreitung eine bestimmte. Aber selbst bei Übergreifen auf das Endometrium ist die Blennorrhoe auch in nicht seltenen Fällen

heilbar, wie dies jene Fälle beweisen, bei denen sich eine normale Decidua wiederbildete, mit normalen Schwangerschaften und Geburten verliefen, ein Zeichen, dafs gänzliche Heilung erfolgt ist. Bei Übergreifen auf die Tuben ist wohl nur ein zeitweiliges Resultat zu erzielen, und daselbst hat die Massage die gröfste Bedeutung. Es ist mit Freude zu konstatieren, dafs der Furor operativus in Gegenwart von Adnexerkrankungen bei uns nicht durchgegriffen hat, und da spielt natürlich die gesellschaftliche Stellung der Kranken die gröfste Rolle. Was die Radikaloperation anbelangt, soll der blennorrhoisch erkrankte Uterus mitexstirpiert werden und ist dessen Zurücklassen ein ungerechtfertigter Konservativismus.

Dr. Temesváry kann dem auch nicht beipflichten, dafs der negative Befund ausschlaggebend wäre. Und selbst dort, wo Gonokokken gefunden werden, sollte auch der kulturelle Nachweis geführt werden, indem auch bei anderen Prozessen und in verschiedenen Geweben gonokokkenähnliche Bakterien gefunden wurden. Der 2—3-malige negative Befund ist nicht genügend zum Nachweis des Verschwindens der Blennorrhoe, denn noch nach weiteren Untersuchungen werden noch Gonokokken in vielen Fällen nachgewiesen, die dann das erste Resultat leicht stürzen. Die weibliche Blennorrhoe hat gewisse pathognomonische Zeichen (eiterige Urethritis, doppelseitige chronische Bartholinitis, eiterige Endometritis, Adnextumoren), die ebensolche diagnostische Werte haben, wie der Gonokokkennachweis. Die Therapie der Endometritis wird insofern modifiziert, je nachdem die Kranke ambulant oder im Hospitale behandelt wird. Die Braunsche Spritze ist, ambulant benutzt, ein gefährliches Instrument. Im Hospitale ist die geeigneteste Methode die vorherige Dilatation des Muttermundes mit nachfolgender Ausspülung der Uterushöhle (Schultzesches Verfahren).

Doc. Róna: Es ist heute eine unleugbare Thatsache, dafs der positive Gonokokkenbefund einen diagnostischen Wert besitzt. Die Vaginitis blennorrhoica wurde noch vor zehn Jahren sehr häufig diagnostiziert, seitdem die Gonokokkenuntersuchung eingeführt wurde, ist es bekannt, wie selten diese Erkrankung ist und zumeist bei frisch Defloierten, bei Schwangeren und bei Kindern vorzukommen pflegt. Vom Standpunkte der polizeiärztlichen Kontrolle ist es unter den derzeitigen Verhältnissen schwer zu verlangen, dafs der Polizeiarzt in der Wohnung der Prostituierten mikroskopische Untersuchungen mache. Darum würde Redner beantragen, dafs solche Polizeiärzte angestellt werden, die sich speziell mit der Kontrolle der Prostituierten befassen, und die nur dann die Sekrete mikroskopisch untersuchen sollen, wenn makroskopisch-pathologische Veränderungen nicht nachweisbar sind. In der Privatpraxis wäre es wünschenswert, dafs auf Gonokokken in jedem Falle untersucht werde. Eine infolge der Uterinbehandlung verursachte Peritonitis konnte Redner nie beobachten. Es ist eine tägliche Erfahrung, dafs die männliche Blennorrhoe in der Mehrzahl der Fälle bestimmt heilt, warum sollte da auch die weibliche Blennorrhoe nicht heilbar sein? Die erkrankten Lakunen pflegt er mit Argent. nitr.-Einspritzungen zu behandeln, in welche eine feine Pravaznadel eingeführt wird; die Bartholinischen Drüsenausführungsgänge werden aufgeschlitzt.

Dr. Feleki: Bei der männlichen Blennorrhoe ist eine Urethritis bekannt, wo Gonokokken nicht gefunden werden können, und die Pseudoblennorrhoe genannt wird; die Augenärzte kennen auch eine Pseudoblennorrhoe der Konjunktiven; Redner glaubt annehmen zu können, dafs die Gynäkologen sich mit dieser Frage nicht befassen, worauf er deren Aufmerksamkeit lenken möchte.

Dr. Schultz bemerkt in seinem Schlufsworte, die Gonokokkenuntersuchung hat schon darum eine praktische Bedeutung, weil die als Blennorrhoe scheinenden Prozesse ohne diese Untersuchung nicht konstatiert werden können; andererseits können wir häufig die Blennorrhoe nicht unterscheiden, wo doch eine solche vorhanden ist. Bei

der polizeiärztlichen Kontrolle der Prostituierten wäre eben eine ideale Prophylaxe in der mikroskopischen Untersuchung zu finden. Bei den mit Argentamin behandelten Fällen sind nicht nur die Gonokokken verschwunden, sondern das Sekret wurde auch bedeutend vermindert und glasfarbig. Der dreimalige negative Befund scheint ihm genügend zu sein, selbst Neisser verlangt nicht mehr. Auch konnte er infolge der Braunschen Spritze keine peritonitischen Erscheinungen beobachten und es waren gewifs Adnextumorenfälle, bei denen die Symptome verschwunden sind und der Prozefs zum Stillstande gebracht wurde. Er negiert die Reinfektion des Uterus seitens der Tuben, indem bei den blennorrhoisch erkrankten Tuben sich zuerst das Ostium uteri schliefst. Die Prognose der weiblichen Blennorrhoe ist bei weitem nicht so schlecht, indem die mindere Zahl der Fälle unheilbar ist. Das Argentamin kann er noch einmal wärmstens anempfehlen. Mit der Pseudoblennorrhoe wollte sich Verfasser derzeit nicht beschäftigen; in der Gynäkologie werden sehr viele derartige Fälle beobachtet, deren Nomenklatur aber eine andere ist. *A. Aschner-Budapest.*

Über die **latente Blennorrhoe des Weibes**, von Pryor. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 9.) Eine beachtenswerte statistische Arbeit, welcher wir folgende Notizen entnehmen:

Die latente Blennorrhoe ist nach Pryor bei der Frau in wahrhaft erschreckenden Verhältnissen vorhanden. Es genügt ein Trauma oder eine Herabsetzung der Gewebswiderstandsfähigkeit, wie z. B. Entbindung, Kolporrhaphie etc., um dem geschwächten Mikrobion seine ganze frühere Gefährlichkeit wiederzugeben, d. h. eine Steigerung der latenten Krankheit wieder hervorzurufen. Sie wird dann ansteckungsfähig für Mann und Nachkommenschaft.

Der Gonococcus bevorzugt im latenten Zustande hauptsächlich die acinösen Drüsen des Gebärmutterhalses und der Vulva.

Pryor untersuchte mit dem Mikroskope die Absonderungen der Harnröhre, Scheide und des Uterus bei 197 öffentlichen Mädchen, wie sie zufällig sich darboten. Hierbei fertigte er von diesen 197 Fällen 600 mikroskopische Präparate an und fand:

1. Gebärmutterhals: Gonokokken in 31,3%. Nur in 2 dieser Fälle fand sich ein deutlicher eiteriger Ausfluſs, in 17 Fällen fehlten alle klinische Zeichen.

2. Scheide: Unter 197 Frauen gewährten 180 eine Scheidenabsonderung. Diese enthielt eine reiche bakterielle Flora, aber nur einmal fand sich der Gonococcus als Reinkultur, 6 mal zusammen mit anderen Bakterien. 74 mal unter 180 Fällen fand sich überhaupt kein Mikrobion.

3. Harnröhre; 112 Frauen haben Gonokokken, aber nur in 21 Fällen ist eiterige Absonderung nachweisbar. In 61 Fällen ist klinisch nicht die geringste Spur des Leidens aufzufinden.

Begnügt man sich damit, nur den oberflächlichen cervikalen Ausfluſs zu untersuchen, so läſst sich der Gonococcus nur 9,5 mal in 100 Fällen nachweisen, kratzt man jedoch das Collum uteri aus und untersucht das Produkt dieser Auskratzung, so trifft man den Gonococcus 54 mal auf 100 Fällen von Cervikalblennorrhoe. Pryor nimmt daher an, daſs die meisten Fälle von eiteriger Urethritis und Endometritis colli dem Gonococcus ihre Entstehung verdanken.

53 Frauen wurden durch 5 Monate zur Beobachtung behalten, nach Ablauf dieser Zeit fand man den Gonococcus im Collum uteri noch bei 75%.

Neuhaus-München.

Die Blennorrhoe beim Weibe und ihre Behandlung, von J. C. Carrick. (*Amer. pract. and news.* 25. Juli 1896.) Schilderung der Symptomatologie der Erkrankung

in gewöhnlicher Weise. Zur Behandlung der akuten Urethritis werden tägliche Injektionen von 2%iger Argentumlösung empfohlen, am besten bei mäfsig gefüllter Blase; nach eingetretener Besserung Verminderung der Konzentration auf 1%. — Vulvitis blennorrhoica: Abwaschen mit lauwarmem Wasser, Applikation von 2—4%igen Argentum nitricum-Lösungen, täglich; Jodoformgazetamponade der Vagina. — Vaginitis blennorrhoica: Gründliche Reinigung nach Speculumeinführung, Ätzung mit 4—5%iger Höllensteinlösung; Jodoformgazetamponade alle 3 Tage. — Endometritis blennorrhoica: Dilatation der Cervix, Ausspülungen mit Kaliumpermanganatlösung 1—2‰; Curettement; Entfernung der Gewebsfetzen mit Borsäurespülungen; Tamponade.

H. Einhorn-München.

Beitrag zur Lehre der infektiösen Vulvovaginitis bei Kindern mit Bemerkungen über die Ophthalmoblennorrhoe, von H. B. Sheffield. (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. No. 22.) In einem Waisenasyl waren die Mädchen in einem neueingerichteten Baderaum zu 20 bis 30 zu gleicher Zeit gebadet worden. Dieses gemeinsame Bad war die Veranlassung zur Erkrankung von 65 Kindern an Vulvovaginitis, deren Spezifität in allen Fällen durch die bakteriologische Untersuchung festgestellt wurde. Nur bei 13 Fällen traten ernstere Symptome auf, die übrigen 52 verliefen fast ohne subjektive Beschwerden. Vier Kinder acquirierten eine Ophthalmoblennorrhoe; die übrigen wurden tagsüber in einer Weise bandagiert, dafs die Berührung der Genitalien unmöglich war, während der Nacht wurden die Augen mit einer dünnen Wattelage bedeckt und verbunden. Ferner wurden 2 Knaben wahrscheinlich durch Wäsche infiziert. Die Dauer der Erkrankung betrug 4 Wochen bis 4 Monate; das unverletzte Hymen verhindert den Eiterabfluſs.

H. Einhorn-München.

Über einen Fall von Rheumarthritis blennorrhoica bei einem neugeborenen Kinde, von Esther M. Tyrrell. (*Med. News.* 7. März 1896.) Eine 21jährige Negerin mit eiterigem Ausfluſs aus der Urethra gebar in der Klinik ein gut entwickeltes, gesundes Kind. Trotz sorgfältiger Verhütungsmafsregeln jeglicher Art trat am vierten Tage post partum eine intensive, jedenfalls blennorrhoische Entzündung beider Augen ein. Nach weiteren vier Tagen wurde eine Schwellung beider Handgelenke bemerkt, die Haut war ödematös und glänzend und das Kind fühlte sich offenbar unbehaglich. Allmählich erstreckte sich die Schwellung von den Fingerspitzen bis zu den Ellenbogen, doch heilte alles unter geeigneter Behandlung (10% Ichthyol mit Unguentum belladonnae) im Laufe von fünf Tagen ab und auch die Augen wurden gerettet.

Philippi-Remscheid.

Blennorrhoe des Rectum, von J. A. Murray. (*Med. News.* 7. März 1896.) Eine 28jährige verheiratete Frau kam mit Symptomen von Dysenterie, häufiger blutiger Stuhl, Tenesmus, leichtes Fieber u. s. w., in Behandlung. Bei der tags darauf vorgenommenen Untersuchung fand sich die Rectumschleimhaut sehr entzündet mit starkem schleimig-eiterigen Sekret bedeckt, empfindlich und etwas prolabiert. Labien und Nymphen auch entzündet, kein Ausfluſs aus der Vagina. Im Rectalsekret massenhaft Gonokokken. Es stellte sich beim weiteren Nachforschen heraus, dafs der Irrigator mit der die sonst an Obstipation leidende Patientin sich täglich ein Klystier gab, von ihrem an akuter Blennorrhoe leidenden Dienstmädchen benutzt worden war. Nach längerer Behandlung gelang es, die Mastdarmkrankheit schliefslich zur Heilung zu bringen.

Philippi Remscheid.

Über die Rectalblennorrhoe der Frauen, von Baer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 8.) Verfasser sah an Herxheimers Abteilung des Krankenhauses unter 191 an Blennorrhoe erkrankten Puellis 67 Mal Rectalblennorrhoe, also einen sehr erheb-

lichen Prozentsatz. Dafs diese Erkrankung früher nicht häufiger gefunden wurde, erklärt Verfasser daraus, dafs man nicht darnach gefahndet hat. Man wird sie eben häufiger finden, wenn man prinzipiell jede Blennorrhoica mit dem Spiegel untersucht (Verfasser bevorzugt das dreiteilige Mastdarmspeculum von Lanes). Zu bemerken ist, dafs sämtliche Fälle mikroskopisch sichergestellt sind. Das Zustandekommen der Affektion erklärt sich durch widernatürlichen Coitus, durch Durchbruch resp. Kommunikation eines blennorrhoisch erkrankten Organs mit dem Rectum, durch Überfliefsen blennorrhoischen Sekrets nach dem Mastdarmeingang. Subjektive Symptome macht die Erkrankung sehr häufig gar nicht, spitze Kondylome oder Ekzem um den Anus fanden sich nur selten. Öfters fand sich ein Geschwür am Übergang der Haut in die Schleimhaut. Die Schleimhaut war stark gerötet, glänzend, zu Blutungen geneigt, die Menge des Sekrets sehr verschieden. Störungen des Stuhlgangs waren nicht vorhanden. Die Behandlung bestand in Bor- und Argentaminspülungen, Betupfen der Erosionen mit 2%iger Argentaminlösung. *F. Hahn-Bremen.*

In der Diskussion über den Vortrag von Brösz **Über diffuse blennorrhoische Peritonitis** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 12) bemerkt Kiefer, dafs in den beiden vom Vortragenden gezeichneten Fällen er das Bestehen einer diffusen blennorrhoischen Peritonitis nicht anerkennen könne, da die blennorrhoische Infektion des ganzen Peritoneums bakteriologisch nicht nachgewiesen ist. Er selbst hat 11 Fälle von während der Laparotomie geplatzter blennorrhoischer Pyosalpinx gesehen; in 10 Fällen wurden Gonokokken auch kulturell nachgewiesen. Dennoch entstand keine diffuse Peritonitis. Fünf von den Fällen hatten gar keine, die übrigen nur geringe Temperatursteigerungen. Ein wirklicher einwandfreier Fall von diffuser blennorrhoischer Peritonitis ist bisher nicht konstatiert.

G. Lewin betont die Seltenheit der blennorrhoischen Peritonitis, er hat sie in mehreren Jahren nicht gesehen, trotzdem die Klinik einen täglichen Bestand von 150—200 Frauenzimmern aufweist.

A. Baginsky hat bei einem 12jährigen Mädchen im Anschlufs an eine Vulvovaginitis mit Gonokokken und Staphylokokken eine diffuse, tötlich verlaufene Peritonitis gesehen.

Dührssen betont die Wichtigkeit des von Brösz gezeichneten Krankheitsbildes, das man vorsichtigerweise vielleicht besser mit Peritonitis bei Blennorrhoe bezeichnen kann. Er hat zwei Fälle bei frisch infizierten Frauen gesehen, die verhältnismäfsig schnell heilten. Die Annahme von Kiefer, dafs gerade ein geplatzter Pyosalpinx leicht diffuse Peritonitis erzeugen müsse, kann er nicht billigen, da gerade in diesen schleichender verlaufenden Fällen eine Abkapselung leichter zu stande kommt.

L. Landau glaubt nicht, dafs es dem Verfasser gelungen ist ein ganz charakteristisches Bild einer blennorrhoischen Peritonitis zu zeichnen, denn das Bild der Peritonitis ist nicht nach dem ätiologischen Moment ein verschiedenes. Die mannigfachsten Ursachen können Peritonitis erzeugen, ohne dafs wir diese Ursachen immer zu erkennen vermögen.

Brösz will nicht behaupten, die blennorrhoische Entstehung bakteriologisch bewiesen zu haben, aber er glaubte doch die Aufmerksamkeit auf derartige Fälle lenken zu müssen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 11. 1. Juni 1897.

Zur Epithelfaserfrage.

Eine Entgegnung und Berichtigung zu dem Aufsatz des Herrn Dozenten Dr. Kromayer.

Von

Dr. S. Ehrmann,
Dozent in Wien.

In No. 9 dieser Monatshefte hat Herr Kromayer eine Reihe von Einwänden, welche ihm von verschiedenen Seiten gegen seine Anschauung über die Epithelfaserung und ihre Derivate gemacht worden waren, zu entkräften gesucht. Meine Einwände fertigt er ganz lakonisch durch einige Worte ab, die sich nicht einmal auf jenen Aufsatz beziehen, der sich mit der Kritik der Kromayerschen Ansichten befafst. Herr Kromayer sagt nämlich wörtlich folgendes: „Eddowes und Unna deuteten die geschlängelten Fasern, die vorzüglich in den unteren Schichten des Epithels verlaufen, als intercelluläres Fibrin, eine Ansicht, der auch Jadassohn zuneigte, während Ehrmann die in Rede stehenden Fasern unter sieben (!) verschiedenen Rubriken mit noch einigen Unterabteilungen brachte und sie für alles mögliche hielt. Waren die Ehrmannschen Angaben schon von vornherein als auf einen Mangel an mikroskopischer Diagnostik und Beurteilung beruhend anzusehen u. s. w.“[1]

So wenig ich und mit mir wohl jeder Unvoreingenommene auf ein derartiges, in allgemeine Verlegenheitsphrasen gefafstes Urteil irgend ein Gewicht lege, so wenig bin ich gesonnen, diese ausweichende Methode, die in der Sprache des Fechtbodens durch einen bestimmten Ausdruck bezeichnet wird, ruhig hingehen zu lassen. In der That, eine bequemere Methode, sich eines unbequemen Gegners zu entledigen, giebt es nicht, sie entspricht aber nicht dem wissenschaftlichen Ernst; denn dieser würde verlangen, dafs ein allgemeines Urteil durch konkrete Fälle belegt wird, während Herr Kromayer seinen Lesern zumutet, ihn als absoluten Gerichtsherrn anzuerkennen und nach den Gründen seines infalliblen Urteils

[1] Der Nachsatz steht bei Kromayer in gar keinem sinngemäfsen Zusammenhange mit diesem Vordersatze, er bezieht sich nur mehr auf die anderen Autoren.

nicht zu fragen. Das Einzige, was bei Herrn KROMAYER wie eine Begründung aussehen soll, sind die Worte: „während EHRMANN die in Rede stehenden Fasern unter sieben (!) verschiedene Rubriken mit noch einigen Unterabteilungen brachte und für alles mögliche hielt.“ Dafür spricht auch das Ausrufungszeichen, durch welches Herr KROMAYER etwa sagen will: „Ist denn ein solcher Mensch auch ernst zu nehmen, der die in Rede stehenden Fasern in 7, sage sieben Rubriken einteilt und sie sogar für alles mögliche hält? Horribile!“ Was wird aber der geneigte Leser dazu sagen, wenn er in meinem von Herrn KROMAYER angezogenen Aufsatze[2] vergeblich nach sieben Rubriken sucht, denn er findet darin deutlich und ziffernmäfsig deren nur fünf angeführt, die fehlenden zwei finden sich offenbar nur in der etwas überschwänglichen Phantasie Herrn KROMAYERS. Und wie erstaunt wird der Leser sein, wenn er findet, dafs es garnicht die in Rede stehenden Fasern, weder die HERXHEIMERschen, noch die KROMAYERschen sind, die ich überhaupt in Rubriken einteile! Die Sache verhält sich nämlich folgendermafsen:

Ich setzte zuerst auseinander, dafs die WEIGERTsche Fibrinfärbungsmethode, mittelst welcher HERXHEIMER seine Fasern dargestellt hat, darauf beruhe, dafs eine Reihe von Gebilden, die mit basischen Anilinfarbstoffen gefärbt wurden, durch Anilinxylol schrumpfen und vermöge dieses Vorganges den Farbstoff zurückhalten, während andere, die weniger schrumpfen, ihn freigeben. Ich sage ferner wörtlich: „Dementsprechend finde ich auch, dafs sich mittelst der WEIGERTschen Methode eine Anzahl von Gebilden färben — Gebilden sage ich, nicht Fasern, wohlgemerkt Herr KROMAYER! — welche morphologisch sehr verschieden sind.“ Und nun führe ich die Gebilde in fünf Rubriken an.

In der ersten erwähne ich, dafs sich das Protoplasma der Chromatophoren oder LANGERHANSschen Zellen, die aber nicht mit diesem Namen angeführt werden, in der Epidermis des breiten Kondyloms färbt. In der zweiten Rubrik, dafs sich neben den pigmentlosen Teilen der Protoplasmafortsätze der Chromatophoren (was direkt von HERXHEIMER und indirekt von Herrn KROMAYER zugestanden wird), auch Fortsätze von Epidermiszellen färben. In der dritten Ruhrik kommen endlich die KROMAYERschen Fasern an die Reihe, die er für Protoplasmafasern der Epithelzellen hält und welche ich am breiten Kondylom zuerst gesehen habe. Ich sage von diesem Objekt wörtlich: „Diese Gebilde schmiegen sich den Zellen so innig an, dafs man nicht mit Sicherheit sagen kann, ob sie blos den Zellen anliegen, oder ob sie in der äufsersten Rindenschichte des Zellkörpers verlaufen. Es giebt Bilder, die für beides sprechen. Sie stimmen aber nicht überein mit den zweifellos als Fibrin zu deutenden Fasern,

[2] Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft 1892.

welche die Höhlen in der nekrobiotischen Schichte des breiten Kondyloms durchsetzen und die netzförmig zusammenhängen ..... ich mufs es aber als möglich bezeichnen, dafs sie in Protoplasmen selbst verlaufen und vielleicht unter pathologischen Umständen einen Zerklüftungsprozefs des Protoplasmas andeuten."

Wie man sieht, ist diese Rubrik die einzige, welche sich auf die Kromayersche Protoplasmafaserung bezieht, und ich lasse es ausdrücklich unentschieden, ob die Fasern im Protoplasma liegen oder aufserhalb desselben. In der vierten Rubrik beschäftige ich mich mit den eigentümlichen, von Herxheimer beschriebenen Spiralen, die ich auf dem Kongresse der Prager dermatologischen Gesellschaft sehr genau gesehen habe und die den von Eddowes beschriebenen ähnlich sind, von denen ich als unwahrscheinlich bezeichnete, dafs sie mit den Protoplasmen zusammenhängen, und sage, es wäre möglich, dafs einzelne von ihnen, wie Eddowes meint, Fibrinfäden vorstellen. Andere, besonders die in der basalen Schichte von spitzen Kondylomen vorkommenden, könnten auch geschrumpfte Zellen oder etwas anderes vorstellen.[3] Mit einem Worte, ich erkläre, dafs mir meine Untersuchungen viele Möglichkeiten über die Deutung dieser Bilder vor Augen geführt haben, dafs ich mich aber für keine entschied, was Herr Kromayer in die lapidaren Worte zusammenfafst, ich hielte sie „für alles Mögliche". Ich war eben ehrlich genug zu sagen, ich wisse nicht, was sie bedeuten, und ich gestehe es heute noch.[4] In der fünften Rubrik erwähne ich, dafs sich auch die Stacheln der Epithelzellen färben, was auch von anderen Autoren bestätigt wird. Wie man sieht, stellen die Herxheimerschen und Kromayerschen Protoplasmafasern je eine meiner fünf Rubriken dar, sie selbst werden aber nicht, wie Herr Kromayer seinen Lesern erzählt, in Rubriken eingeteilt, oder gar für „alles Mögliche" gehalten.

Ich schlofs die Mitteilung mit folgenden Worten: „Wir sehen also, dafs mit der von Herxheimer so erfolgreich angewandten Methode sich teils gut charakterisierte Gebilde, teils weniger gut charakterisierte Gebilde färben, dafs aber ein Teil zweifellos protoplasmatischer Natur ist. Über die Natur der anderen mufs uns selbstverständlich die weitere Untersuchung aufklären, aber soviel können wir jetzt schon sagen, dafs durch die von Herxheimer in die Untersuchung der Epidermis eingeführte Methode ein entschiedener Fortschritt angebahnt zu sein scheint."

[3] Sie werden übrigens neuerdings auch von Schütz als Kunstprodukte angesehen, was der Behauptung von Kromayer widerspricht, dafs von den neueren Autoren, darunter auch von Schütz, anerkannt werde, dafs alle Fasern, die sich mit der Weigertschen Methode färben, dem Protoplasma der Epithelien angehören.

[4] Diese Rubrik ist auch die einzige, aus welcher man, wenn man es absolut will, Unterabteilungen heraustüfteln kann, in Wirklichkeit sind es nur verschiedene Möglichkeiten, die hier erörtert werden.

Diese Arbeit wurde nämlich im Jahre 1892 publiziert, wo die Epithelfaserfrage sich noch in den allerersten Stadien befand, und die Präparate wurden am Leipziger Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft (1891) demonstriert und zwar in derselben Sitzung, vor welcher Herr KROMAYER seine Präparate aufgestellt hatte. Hätte Herr KROMAYER es nicht vorgezogen, nach der Demonstration seiner eigenen Präparate das Weite zu suchen und hätte er auch die Präparate der anderen mit angesehen und sich an der Debatte beteiligt, so hätte er sich von der Richtigkeit meiner Bilder überzeugen können, wie es andere thaten. Aber dieser Aufsatz, der in keinem Punkte und mit keiner Silbe gegen Herrn KROMAYER polemisiert, ist es nicht, dem Herr KROMAYER vorsichtig aus dem Wege geht. Es existiert von mir ein zweiter Aufsatz (*Arch. f. mikr. Anat.*, Bd. 43), der vom Anfang bis zum Ende in einer Kritik des Verfahrens und der Schlufsfolgerungen des Herrn KROMAYER besteht, und auf diesen hat Herr KROMAYER, trotzdem seit seiner Publikation fast drei Jahre vergangen sind und Herr KROMAYER von demselben Kenntnis haben mufste, bis heute noch nicht geantwortet. Auch in dem allerletzten Artikel dieser Monatshefte, gegen den sich diese Zeilen richten, ist dieser Aufsatz nicht einmal dem Namen nach erwähnt. Ich habe die Polemik, wie ich es auch hier thue, in derselben Zeitschrift veröffentlicht, in welcher Herr KROMAYER seine Arbeit publiziert hat, mithin alles Mögliche gethan, um Herrn KROMAYER zu einer Antwort zu veranlassen. Es spricht dies — vielleicht nur scheinbar — für die Vermutung, dafs Herr KROMAYER durch den eingangs citierten Ausspruch sich der Mühe entziehen wollte, mir Rede und Antwort zu stehen.

Ich will hier die Einwände, welche ich gegen Herrn KROMAYER vorgebracht habe, noch einmal kurz vorbringen und fordere ihn hiemit auf, dieselben sachlich und mit wissenschaftlichem Ernste zu beantworten.

Herr KROMAYER bespricht nämlich in einem Artikel (*Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 42) eine Erscheinung, die ich bereits vier Jahre vorher in meinem Referate in der dermatologischen Sektion des X. internationalen Kongresses erwähnt, nachher in einem Vortrage auf dem Leipziger Kongresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft und in einer Demonstration in der Wiener dermatologischen Gesellschaft beschrieben habe, dafs nämlich die Protoplasmafasern häufig in Pigmentreihen übergehen. Ich habe diese Erscheinung noch früher an der Conjunctiva des Ochsen gekannt und habe die Protoplasmafasern als den Weg beschrieben, auf dem das Pigment aus den Chromatophoren der Epidermis in die Epidermiszellen wandert, eine Erklärung, der sich auch KARG anschlofs und die in meiner jüngsten Monographie[5] des weiteren ausgeführt ist. Herr KROMAYER

[5] Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbeltiere etc. *Bibliotheca medica.* D. II. Heft VI.

hat von allem diesem keine Notiz genommen, aber das war nicht der Grund, warum ich meinen Angriff gegen seine Arbeit richtete, sondern die Art und Weise, wie er auf diese Thatsache seine Schlüsse aufbaut. Er sagt nämlich, bei der Färbung mit seiner Modifikation der WEIGERTschen Methode, (die er kurz nur seine Methode nennt) färben sich die Protoplasmafasern, aber die in ihrer Verlängerung befindlichen Pigmentreihen nicht, und daraus schliefst er, dafs die Pigmentkörnchen ein Umwandlungs- und Zerfallsprodukt der Protoplasmafasern wären. Ich hielt nun Herrn KROMAYER vor, dafs er auch das Keratohyalin für ein Umwandlungsprodukt der Protoplasmafasern hält, aber aus dem Grunde, weil sich das Keratohyalin mit derselben Methode färbt. Ich sagte, Herr KROMAYER hält das Keratohyalin für ein Produkt der Protoplasmafasern, weil sich dieses gerade so färbt wie das Protoplasma; er hält aber das Pigment auch für ein Produkt der Protoplasmafasern, weil es sich nicht so färbt wie diese Protoplasmafasern. Das ist zweifellos ein logisch unerlaubter Vorgang, den zu rechtfertigen Herr KROMAYER bis heute noch unterlassen hat. Ich habe dagegen gezeigt, dafs die Pigmentstreifen Protoplasmafäden entsprechen, die durch die Einlagerung von Pigment am Schrumpfen gehindert werden und sich deshalb nicht färben.

Herr KROMAYER hat ferner die Hypothese aufgestellt, dafs die Chromatophoren der Epidermis als eigene Zellen garnicht vorhanden sind, weil sie sich mit seiner Modifikation der WEIGERTschen Methode in ein System von Fäden auflösen, und er schliefst aus seinen Bildern, dafs die Chromatophoren nichts anderes sind als ein Rendez-vous von Epithelfasern. Ich zeigte nun ausführlich, dafs diese Faserungsbilder in ihrer Schärfe, wie sie KROMAYER abbildet, ein Kunstprodukt sind, erzeugt durch die übermäfsige Schrumpfung des Protoplasmas; dafs ihnen zwar Thatsächliches zu Grunde liegt, dafs dieses Thatsächliche aber seit längerer Zeit bekannt ist, dafs nämlich das Pigment in den Chromatophoren in Linien angeordnet ist, von welchen es seit den Untersuchungen von SOLGER, ZIMMERNANN, BALLOWITZ und EBERTH feststeht, dafs sie nichts anderes sind als das Archoplasma, die kontraktile Filarsubstanz des Protoplasmas oder das Mitom des Chromatophorenzellleibes, eine Anschauung, die neuerdings auch von RABL verfochten wird, und dafs die Bilder die Herr KROMAYER erhielt, blos dadurch möglich sind, dafs bei der Präparation das Paramitom (die Interfilarmasse), welches zwischen den Fäden vorhanden war, an die letzteren herangezogen wurde, oder wie RABL meint, sich nicht gefärbt hat.

Ich zeigte endlich, dafs durch die Arbeiten der genannten Autoren, bestätigt wurde, was ich bereits im Jahre 1885[6] in meiner Arbeit

[6] Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Hautpigments. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1885—1886.

vermutet habe, dafs diese Linien die Wege sind, auf denen bei der Protoplasmaströmung das Pigment sich bewegt. Herr KROMAYER kann auch nicht geltend machen, dafs sich diese zweite Publikation nicht mit der Epithelfaserung befasse, sondern mit dem Pigment, sie befafst sich mit der Epithelfaserung und mit dem Pigment, und Herr KROMAYER war verpflichtet, auf die Einwendungen zu antworten, die hierin gegen seine Anschauungen über Epithelfaserung erhoben und sachlich begründet worden sind — so sachlich, dafs in einer aus dem Leipziger physiologischen Institute hervorgegangenen Arbeit über Epithelfaserung wörtlich folgendes steht[1]: „. . . . . Gegen diese wenig begründete KROMAYERsche Anschauung wendet sich EHRMANN mit gewichtigen Gründen". Herr KROMAYER schon deshalb nicht das Recht sein Urteil anderen aufzudrängen, ohne hierfür Gründe anzugeben.

Zum Schlusse erkläre ich Folgendes: Ich verlange, dafs Herr KROMAYER ganz in derselben Weise sachlich-kritisch gegen mich verfahre, wie ich mit ihm verfahren bin, erkläre aber auch, dafs jede andere Art von Bemerkungen des Herrn KROMAYER für mich nicht vorhanden sein wird, und ich sie mit dem gebührenden Stillschweigen bei Seite legen werde.

Wien, 18. Mai 1897.

[1] SIEGFRIED GARTEN, *Arch. f. Physiologie*. 1895.

Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten.

Kritische Übersicht der neuesten italienischen Arbeiten.

Von

Dr. THOMAS SECCHI,
gew. Assistenten an den Universitäten Cagliari und Bologna.

I. Referate.

SANFELICE, Sull' azione patogena dei blastomiceti. Erste Mitteilung (*Annali d'Igiene sperimt.* Bd. V, Heft 2. Rom. 1895), und „Über eine für Tiere pathogene Sprofspilzart etc." (*Centralbl. f. Bakteriologie*. Bd. XVII, S. 113. 1895). Nach dem Erscheinen dieser Arbeit beginnen die Sprofspilze in der Pathologie eine Bedeutung zu erlangen. S. untersuchte nämlich die pathogene Wirkung einzelner Blastomyceten, die er aus dem Safte gährender Früchte isoliert hatte und fand unter denselben ein solches mit pathogenen Eigenschaften. Dasselbe zeichnet sich nicht nur aus durch die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die es bei den Versuchstieren erzeugt, sondern auch durch seine vollständige morphologische Identität mit jenen Bildungen, die man in malignen Tumoren des Menschen für Coccidien erklärt hat.

Diese Art von Blastomyceten entwickelt sich in sehr üppiger Weise auf den gewöhnlichen Nährböden. Auf neutraler oder angesäuerter Gelatine, sowie auf Agar bildet sie oberflächliche, stecknadelkopfgroſse, kugelartig erhabene, weiſse oder aber tiefergelegene, kleinere, kugelförmige, scharf umschriebene, gelblichweiſse Kolonien. Gelatinestichkulturen zeigen ein üppiges Pilzwachstum an der Oberfläche und längs der Stichlinie; der oberflächliche Teil der Kultur beschränkt sich auf die Stichöffnung oder deren nächste Umgebung, dehnt sich aber niemals über die ganze Oberfläche des Nährbodens aus. Längs der Stichlinie sieht man einen schmutzigweiſsen, ins Gelbe stechenden Streifen, der aus kleinen aneinandergrenzenden Kolonien besteht. In neutralem oder mit Weinsteinsäure angesäuertem, bei schief gehaltenem Glase erhärtetem Agar bildet sich ein feingekörntes, trockenes, mattes Häutchen, das nach und nach die ganze Oberfläche überzieht. Auf Kartoffeln entwickelt sich eine ziemlich erhabene, höckerartige, scharf umgrenzte, weiſse, glanzlose Kolonie, die auf die zentrale Partie der Kartoffel beschränkt bleibt. Sehr reichlich entwickelt sich der Pilz auch in sterilisierter Milch ohne sichtbare Veränderung, in Nährflüssigkeiten, welche verschiedene Zuckerarten enthalten, ohne eine Trübung derselben zu veranlassen; die Pilzvegetation führt zur Bildung eines oberflächlichen weiſslichen Häutchens oder setzt sich auf dem Boden ab. In frischen Präparaten sieht man Zellen von verschiedener Gröſse, von rundlicher oder leicht elliptischer Form, welche mehr oder weniger groſse, stark lichtbrechende Körnchen enthalten; die kleinsten führen ein homogenes Protoplasma, die gröſsten weisen eine hyaline zentrale Partie auf, die öfters einen lichtbrechenden Kern enthält. Im hängenden Tropfen sieht man unter dem Mikroskop nach einiger Zeit die Bildung von Knospen infolge von Ausbuchtungen der lichtbrechenden Membran. In Trockenpräparaten färbt sich der gröſste Teil der Zellen mit den verschiedenen Anilinfarben intensiv in ihrer ganzen Ausdehnung, ohne daſs man dabei etwas von Struktur konstatieren könnte. Andere färben sich stärker gegen die Peripherie, weniger im zentralen Teile, der einen einzigen groſsen oder mehrere kleine, intensiv gefärbte Körner enthält.

Im Gegensatze zu Maffucci und anderen glaubt S. nicht, daſs die Blastomycetenzelle als Kern und der hyaline Teil als Zellprotoplasma zu betrachten sei. Er sagt vielmehr: „An jeder Blastomycetenzelle unterscheidet man auſser der Membran noch zwei Teile, das Protoplasma und die lichtbrechenden Körner. Das Protoplasma besteht aus zwei Substanzen, von denen die eine mehr, die andere weniger färbbar ist und welche in verschiedener Weise angeordnet sein können. Der färbbare Anteil liegt zuweilen der Membran an, zuweilen trennt er sich in einen mehr peripher und einen mehr zentral gelegenen Abschnitt, der in dem weniger intensiv kolorierten Teile liegt. In anderen Präparaten unterscheiden sich die beiden Teile nicht voneinander, indem sie untereinander vermengt die ganze Zelle gleichmäſsig ausfüllen. Die lichtbrechenden Körner befinden sich meist in dem schwächer gefärbten hyalinen Abschnitte. S. will die lichtbrechenden Granulationen nicht als Endosporen bezeichnet wissen.

Dieses Blastomycet nannte S. Sacharomyces neoformans. Impft man dasselbe in Reinkultur auf Meerschweinchen, so gehen diese mit folgenden pathologisch-anatomischen Veränderungen zu Grunde: Bedeutende Infiltration der inguinalen und Achselhöhlenlymphdrüsen, Vergröſserung der Milz, welche auf der Oberfläche verschieden groſse gelblichweiſse Plaques zeigt; dieselben Veränderungen an den Nieren; das groſse Netz trägt disseminierte verschieden groſse Knötchen; die mesenterialen Lymphdrüsen sind stark vergröſsert, die Lungen sind hepatisiert und zeigen auf der Oberfläche die gleichen Flecke wie die anderen Organe; Gehirn und Rückenmark weisen keine Veränderungen auf.

Untersuchung frischer, direkt den Geweben der Meerschweinchen entnommener Präparate: Die Parasiten sind meist rund und von verschiedener Größe, mit einer doppelkonturierten lichtbrechenden Membran und mit einem oder mehreren lichtbrechenden Körnchen im Zentrum. Die Dicke der Membran variiert nach den verschiedenen Zellen, nur bei wenigen ist sie von einer zweiten, hyalinen, scharf abgegrenzten und doppelkonturierten Membran umgeben. Das Protoplasma, welches den Inhalt der Zellen bildet, ist entweder absolut hyalin oder es zeigt einen hyalinen und einen zum Teil lichtbrechenden Teil, welche in verschiedener Weise angeordnet sind. Einige Parasiten haben eine goldgelbe Farbe, welche von einer Verdickung der Membran abzuhängen scheint, die selbst in gleichgroße Sektionen konzentrischer Ringe und Segmente gespalten ist. Diese Degenerationsphase beobachtet man in den Kulturen nicht. Andere Parasiten befinden sich im Reproduktionsstadium: durch Ausbuchtungen der lichtbrechenden Membran bildet sich eine kleine Knospe, die an Umfang zunimmt und sich schließlich von der Mutterzelle ablöst. Die Körner nehmen am Reproduktionsvorgange keinen Anteil. Statt einer Knospe sieht man zuweilen einen Fortsatz, eine Art abortierter Hyphen hervorschießen. Die Parasiten sind entweder frei oder in Leukocyten eingeschlossen. Bei Behandlung mit Essigsäure hebt sich deutlich eine hyaline von einer lichtbrechenden Membran ab. Alkalien (Ammoniak, Natron- oder Kalilauge) verändern ihre Struktur nicht. Der Unterschied zwischen den Blastomyceten, die man im Organismus, und denen, die man in den Kulturen findet, ist demnach folgender: im Organismus sind sie von einer lichtbrechenden und zuweilen von einer hyalinen, in den Kulturen stets von einer einzigen dünnen Membran umgeben. Im Organismus kommt es zuweilen zur Bildung von Hyphen, außerdem ist das Vorkommen lichtbrechender Körnchen dort häufiger.

Schnitte: Die Tumoren bestehen aus einem Netze jungen Bindegewebes, in dessen Maschen bald spärlichere, bald reichlichere Zellenelemente vorkommen, welche Lymphkörperchen ähnlich sehen und einen Kern enthalten, der meist an der Peripherie des Zellkörpers liegt, ferner sehr zahlreiche Parasiten, so zwar, daß man sagen kann, der Tumor setze sich größtenteils aus Parasiten zusammen. Die Kerne der Zellenelemente sind meist rund und zeigen keine Andeutung von Fragmentation. Die meisten Parasiten sind freiliegend, ihre Größe ist verschieden. Bei den jugendlichen Formen sieht man keine Spur von Membran; bei den mittelgroßen erkennt man außen die hyaline Membran und innerhalb derselben eine intensiv gefärbte, welche der lichtbrechenden Membran der frischen Präparate entspricht. Der protoplasmatische Inhalt der ganz jungen und der mittelgroßen Zellen ist intensiv gefärbt und noch stärker gefärbt sind die Körner. Zuweilen ist aber das Protoplasma nur schwach koloriert und weist keine Körner auf. Dies sind die Formen, die in Entartung begriffen sind und keine Farbstoffe aufnehmen. Bei anderen läßt das verschieden stark gefärbte Protoplasma die beiden verschieden angeordneten Substanzen, aus denen es sich zusammensetzt, unterscheiden.

Sanfelice, Sull' azione patogena dei blastomiceti, come contributo all' etiologia dei tumori maligni. Vorläufige Mitteilung (*Policlinico.* Bd. II c, Heft 5) und „Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten. I. Abhandl. (*Zeitschr. f. Hygiene.* Bd. XXI, S. 32. 1895). Hier entwickelt er die Resultate seiner Impfungen mit Reinkulturen des Sacharomyces neoformans auf die Brustdrüsen einer Hündin und den Koller eines Hahnes. Zuerst aber erinnert er an die Untersuchungen von Russel, welcher die Parasiten des Carcinoms genau beschrieb und von Blastomyceten sprach, obwohl man seinen Worten nicht Glauben schenken wollte, indem einzelne Forscher, wie Cadix, die Carcinomkörperchen als hyaline Körperchen, andere als Sporozoen oder Coccidien

betrachteten. Die Kritik hatte damals recht, die Mitteilungen von Russel nicht günstig aufzunehmen, weil dieser es versäumt hatte seine Behauptungen durch experimentelle Beweise zu stützen und die Morphologie allein nicht genügt, die parasitäre Natur einzelner in pathogenen Geweben eingeschlossenen Bildungen sicherzustellen. Sanfelice gebührt nun das Verdienst, die Frage auf eine experimentelle Basis gebracht zu haben. Zum Nachweise, daſs die Blastomyceten die Ursache der malignen Tumoren darstellen, standen ihm zwei Wege offen: entweder ein Blastomycet aus einem malignen Tumor des Menschen in Reinkultur zu isolieren und ihn auf Tiere überzuimpfen, bei welchen sich Tumoren entwickeln können, die denen beim Menschen identisch sind; oder aber bei diesen Tieren durch Impfungen von Reinkulturen von Blastomyceten Tumoren zu erzeugen, die durch ihre Struktur oder ihren Verlauf denjenigen des Menschen gleichen. S. wählte den letzteren Weg, weil sicherer zum Ziele führend, indem bei vielen Tumoren die Parasiten selten und schwer zu isolieren sind und weil nach der ersteren Methode der Tumor ganz fein zerzupft werden muſs, wodurch man sich leicht der Gefahr aussetzt, das Präparat mit Blastomyceten aus der Luft zu verunreinigen. Allerdings kann man auch auf einen malignen Tumor geraten, in welchem die Parasiten so zahlreich sind, daſs ein umständliches Zerzupfen nicht nötig ist.

Die Resultate dieser Inokulationen sind nun folgende: In den Brustdrüsen einer Hündin fand man bohnengroſse, beim Anschneiden ziemlich resistente, grauweiſsliche, aus dem umgebenden Bindegewebe leicht zu isolierende Knoten vom Aussehen infiltrierter Lymphdrüsen. Bei Schnitten durch die Brustdrüse konstatierte man ein graulichweiſses, nicht scharf abgegrenztes, mehr im Bindegewebe, das die Knoten von der Drüse trennt, als zwischen den Drüsenläppchen verbreitetes Gewebe, welches ganz demjenigen ähnlich war, das die oben beschriebenen Knoten zusammensetzte. Die inguinalen Lymphdrüsen waren bedeutend vergröſsert, ebenso die Lymphfollikel des Darms, welche in das Lumen hineinragten. An der Oberfläche der Nieren waren hanfkorngroſse Knötchen sichtbar, von denen einige über die Oberfläche hervorragten und wie in die Rindensubstanz eingekeilt erschienen. Die leicht vergröſserte Milz zeigte auf der Schnittfläche gelblichweiſse Flecke. Nichts in der Leber. Vergröſserte mesenteriale Lymphdrüsen. Im groſsen Netze und in den peritonealen Bändern zahlreiche Lymphdrüsen von verschiedener Gröſse. Keine Veränderungen in Lungen, Herz, Hirn und Rückenmark. Mikroskopischer Befund: Das neugebildete Gewebe an der Inokulationsstelle läſst zwei Teile unterscheiden, von denen einer im interlobulären und periglandulären Bindegewebe, der andere tief gelegen ist und bei der Palpation als Knötchen erscheint. Das neugebildete Gewebe besteht aus dicken übereinandergelegenen Zellen, welche an gewisse Carcinomzellen erinnern. Dieselben Zellen setzen die metastatischen Knoten zusammen. Die parasitären Bildungen sind ziemlich spärlich, intra- oder extracellulär gelegen und erinnern an die von Foá, Sudakiewitsch etc. beschriebenen Formen. Das Gewebe des Tumors im Koller eines Hahnes bestand aus jungem Bindegewebe, zwischen dessen Fasern zahlreiche Zellen mit intensiv gefärbtem Kerne und mit scharf abgegrenztem Zellkörper lagen. Diese Zellen bildeten an einzelnen Punkten sehr dicke Stränge, zwischen welchen man parasitäre Formen konstatieren konnte, welche den von Sudakiewitsch bei den malignen Tumoren des Menschen beschriebenen genau gleichen. Beachtenswert erscheint, daſs, während die Parasiten bei den Meerschweinchen sehr zahlreich waren und über die Gewebselemente vorherrschten, sie hingegen beim Hunde und beim Hahne nur spärlich vertreten waren. Sanfelice betont, daſs diese Veränderungen neoplastischer und nicht entzündlicher Natur seien.

Färbungsmethoden: Sanfelice hat Methoden eingeführt, die er für spezifisch ansieht, d. h., die die Blastomyceten von den Entartungsformen unterscheiden lassen.

1. Färbung des ganzen Stückes in Lithiumkarmin; Härtung und Einschluſs in Paraffin. Färbung (auf dem Glase) mit Ehrlichscher Lösung während 5—10 Min., Abwaschen mit destilliertem Wasser; Abwaschen mit destilliertem Wasser, das einige Tropfen 5‰ Oxalsäurelösung enthält; Alkohol, Xylol, Balsam.

2. Einschluſs in Paraffin. Die auf den Objektträger fixierten Schnitte werden 10—20 Min. in eine Mischung zu gleichen Teilen von 1% wässeriger Safraninlösung und von 1% Malachitgrünlösung in Wasser und Alkohol gelegt. Abwaschen mit destilliertem Wasser. Entfärbung mit 5‰ Oxalsäurelösung; Alkohol, Xylol, Balsam.

3. Die Schnitte werden zuerst nach Gram gefärbt, nach der Entfärbung werden sie rasch in eine 1% wässerige Safraninlösung gebracht. Alkohol, Xylol, Balsam.

Maffucci und Sirleo, Osservazioni ed esperimenti intorno ad un blastomicete patogeno con inclusione dello stesso nelle cellule dei tessuti patologici. Nota preliminare (*Policlinico.* Bd. 11—c, S. 138. 1895). Bei der Autopsie eines nach Inokulation von Material aus der Leber eines tuberkulösen Embryos eines an Marasmus zu Grunde gegangenen Meerschweinchens fanden die Verfasser: linke Lunge gegen die Spitze zu vergröſsert, graulich verfärbt, von weicher Konsistenz, die beim Durchschneiden den Eindruck von myxödematösem Gewebe machte; rechte Lunge stark kongestioniert, makroskopisch nicht von demselben Aussehen wie die linke; starke Vergröſserung der mediastinalen Lymphdrüsen, welche ein weiches, gallertartiges Aussehen haben ähnlich wie die linke Lungenspitze. Sowohl in frischen Präparaten als in Schnitten, welche nach Ehrlich-Biondi mit Methylenblau und Eosin gefärbt worden waren, konstatierten sie, auſser freien Formen, in den vergröſserten Epithelzellen eingeschlossene Körperchen von verschiedener Gröſse, bis fünfmal so groſs wie Leukocyten, von runder oder ovaler Form. Die Verfasser beschreiben diese Körperchen wie folgt: „Die freien Formen zeigen verschieden gefärbte Zonen, eine peripher gelegene rosarote, eine doppelkonturierte violette und eine zentrale, die gleichzeitig orange und schwärzlich tingiert ist. Von den in Epithelzellen in der Zahl von 1—7 eingeschlossenen Formen haben die gröſseren einen hellen Hof, worauf eine grünliche Zone und ein schwärzlicher Kern folgt; die kleineren haben ebenfalls eine farblose periphere Zone und einen orangefarbenen Kern. Diese verschiedenen Nuancen in der Färbung variieren ferner je nach dem Entwickelungsgrade der in den Zellen eingeschlossenen Körper.“ Wie man sieht, fassen die Verfasser den zentralen chromatischen Teil dieser Körper als Kern auf und betrachten die hyaline Wandung, welche diesen zentralen Teil umgiebt, als Zellprotoplasma. Da sie nicht vermuteten, daſs der Tumor der Lunge und der Lymphdrüsen des toten Meerschweinchens eine besondere Parasitenart enthalte, versäumten sie es, Kulturen anzulegen. Dies thaten sie erst bei anderen Meerschweinchen, denen sie von dem pathologischen Material des ersteren inokuliert hatten. Die Schluſsfolgerungen ihrer Arbeit lauten: 1. Es besteht eine pathogene Blastomycetenart, welche die Eigenschaft besitzt, Neubildungen von chronischem Verlaufe zu erzeugen, deren zellige Produkte von ihrem ursprünglichen Sitze im Tumor nach den Lymphdrüsen wandern können. Der Parasit lebt auſserhalb und innerhalb der Zellen und wandert entweder für sich allein oder aber gleichzeitig mit den Elementen der Neubildung aus. 2. Dieser Parasit kann die Zelle, in der er sich aufhält, zerstören, oder aber selbst von dieser zerstört werden, so daſs man stellenweise von ihm erzeugte pathologische Produkte findet, ohne daſs man den Parasiten selbst entdecken kann.

Roncali, Sopra particolari parasiti rinvenuti in un adenocarcinoma (papilloma infettante) della ghiandola ovarica (*Policlinico.* Bd. 11—c, S. 182. 1895). Verfasser

benutzte zunächst folgende Methoden: Fixation der Stücke in Müllerscher Lösung, Färbung in toto mit Jodhämatoxylin (Sanfelice) und einer Mischung zu gleichen Teilen von Jodhämatoxylin und Lithionkarmin. Zu den Doppelfärbungen benutzte er die Methode von Mingazzini (*Neue Art von Sporozoen.* 1892): die in absolutem Alkohol gehärteten Stücke werden 24 Stunden in Jodhämatoxylin gelassen und kommen dann in 75°, mit 1% Salzsäure angesäuerten Alkohol, bis sie rosarot geworden sind; Abwaschen mit einfachem Alkohol, bis dieser keinen Farbstoff mehr aufnimmt; Einlegen der Stücke in saures Boraxkarmin während 48 Stunden, Entfärbung in 75° Alkohol; 90° Alkohol, absoluter Alkohol, Xylol, Paraffin. Nach dieser Methode färben sich die Kerne violett, die Parasiten blafsviolett, so dafs sie nicht sehr aus dem umgebenden roten Gewebe hervorstechen. R. zieht deshalb die Methode von Sanfelice vor, nach welcher sich die Parasiten smaragdgrün und das Gewebe rot färbt. Die Parasiten liegen innerhalb dem Cytoplasma grofser Zellen, welche an diejenigen des Corpus luteum erinnern und zwischen den Bindegewebsbündeln und Muskelfasern des Ovarialstromas; nur ganz selten sieht man welche in den Epithelzellen, keine im Karioplasma und den Leukocyten. Man findet die Parasiten sowohl in gesunden als in degenerierten Zellen im Gegensatze zu den Befunden von Ruffer, Walther, Ruffer und Plimmer, Burkhard. Die von den Parasiten eingenommenen Zellen sind folgendermafsen verändert: bei vielen ist der Kern in chromatolytischer Degeneration begriffen, bei anderen vollständig zerstört, bei sehr vielen ist das Zellprotoplasma grobkörnig, stellenweise Vacuolen aufweisend; bisweilen konstatiert man Hyperkeratolyse der Kerne. Die Parasiten sind meist rund, von verschiedener Gröfse, mit einfach oder doppeltkonturierter Kapsel. Das Protoplasma ist bald zentral, bald exzentrisch gelegen, sehr reichlich bei den jugendlichen, weniger bei den ausgewachsenen, sehr spärlich bei den alten Formen. Dieses Protoplasma färbt sich bald sehr gut, bald erscheint es durchsichtig und homogen; in den ganz jungen Formen sieht man nichts von einer Kapsel. Andere Parasiten sind doppeltkonturiert und zwischen diesen beiden Konturen liegt eine Protoplasmaschicht, die sich weniger intensiv färbt als das zentrale chromatische Protoplasma. Zwischen diesem und der inneren Kapselwand liegt eine homogene Protoplasmaschicht, die wenig gefärbt und leicht gekörnt ist. Andere Parasiten mit doppeltkonturierter Kapsel haben innerhalb derselben einen schwach gefärbten protoplasmatischen Hof und im Zentrum ein intensiver koloriertes Protoplasma. Die sogenannte Scheibenform ist selten, ebenso die Riesenformen mit einfachen Konturen und in zwei oder vier Teile pigmentiertem Protoplasma. Andere einfachkonturierte Formen enthalten in ihrem Innern sehr glänzende runde Körperchen in der Zahl von drei, vier oder mehr. Es giebt auch noch ganz kleine Formen mit Kapsel und ganz kleinem zentralen chromatischem Protoplasma; dieselben sind entweder symmetrisch gruppiert oder im Zellprotoplasma zerstreut und bilden jene Art von multipler Infektion, auf welche Sudakiewitsch hingedeutet hat. Andere neoplasmatische Zellen haben in ihrem Innern hyaline, zu 3—5 gruppierte, gut gefärbte ellipsoide Körperchen mit einfach konturierter Kapsel. Endlich sieht man innerhalb von Bindegewebszellen und zwischen Bindegewebsbündeln und Muskelfasern sehr zahlreiche gekapselte Parasiten mit homogenem, intensiv gefärbtem Protoplasma; ihre Form ist verschieden, sie sind nieren-, keulen-, pyramiden-, rosettenförmig oder dreieckig.

Verfasser hat die verschiedenen Reproduktionsphasen der Parasiten, von der Bildung der Knospe bis zur Ablösung derselben von der Mutterzelle zu einem selbstständigen Körper verfolgen können. Die Sprofsbildung kann an zwei Punkten derselben Zelle stattfinden. Man findet demnach in den Zellen dieses Neoplasma: „Meist runde Körperchen mit einfach- oder doppeltkonturierter Kapsel, welche ein gewöhnlich

homogenes, zuweilen granuliertes oder aber ein chromatisches stark koloriertes Protoplasma einschliefst, das zentral oder mehr exzentrisch gelegen sein kann. Diese Körperchen vermehren sich durch Sprossung." Nach Einsichtnahme der Präparate von SANFELICE erklärt sie RONCALI für Blastomyceten. In der That sind die glänzenden Körperchen innerhalb des Parasitenzellkörpers weiter nichts als protoplasmatische Granulationen und die freien Körper im Protoplasma der Tumorzellen, mit Kapsel und zentralem chromatischen Protoplasma müssen als junge, durch Sprossung entstandene Blastomyceten und nicht als Sporen betrachtet werden, weil diesen letzteren eine Membran fehlt und sie den Körper der Mutterzelle vollständig ausfüllen, der beim Platzen die Sporen frei giebt. Verfasser vergleicht dann die von ihm gefundenen parasitären Formen mit den Blastomyceten von SANFELICE und findet, dafs zwischen ihnen eine Formanalogie besteht. Auch seine Abbildungen hat er genau verglichen mit denen anderer Autoren, die sich mit der Frage von der Ätiologie des Carcinoms beschäftigt haben, so besonders SIEBERING, SUDAKIEWITSCH, RUFFER und PLIMMER, PODWYSSOZKI und SAWTSCHENKO, BORREL etc. Er sagt darüber, dafs „wirklich alle genuine Parasiten gesehen haben, dafs aber nicht alle im Rechte waren, wenn sie diese Parasiten als organische Körper betrachteten." Sie haben fälschlicher Weise die Blastomyceten als Sporozoen aufgefafst.

RONCALI, I blastomiceti negli adenocarcinomi dell' ovaio (*Bollet. d. r. accademia medica di Roma.* Jahrg. XXI. 1895). Um sich zu vergewissern, ob er pflanzliche Parasiten vor sich habe, hat R. Tumorfragmente mit Säuren und Alkalien behandelt. In 1—5% Lösungen von Schwefel- und Salzsäure verändern sich die Parasiten nicht, aufser etwa, dafs die jungen Formen leicht zusammenschrumpfen. Mit Eisessig werden sie deutlicher und lichtbrechender. In heifsen konzentrierten Alkalien bleiben die Parasiten ganz unverändert, während sich das übrige Gewebe vollständig auflöst. Auf Schnitten ist der gröfste Teil der Parasiten im Protoplasma der Epithelien enthalten, andere liegen zwischen den Bindegewebsbündeln. Eine Zelle kann mehr als einen Parasiten enthalten. Ob frei oder in Zellen eingeschlossen, können sie sich zu Gruppen von 10, 12, 17 und mehr Individuen vereinigen. Die die Parasiten enthaltenden Epithelien sind aufgetrieben und führen einen nach der Peripherie verdrängten oder zuweilen zusammengedrückten Kern. In einzelnen Zellen liegt je ein Parasit in einer Vakuole. Die Form der Parasiten ist stets kugelig, ausnahmsweise ovoid oder nierenförmig, was aber nicht auf Degenerationszustände, sondern auf die Wirkung der Reagentien zurückzuführen ist. Sie haben verschiedene Dimensionen, meist sind sie gröfser als der Kern, bisweilen aber auch kleiner. Beinahe stets liegen sie im Zellprotoplasma, fast niemals im Karioplasma. Sie besitzen eine kapselartige Hülle, die man aber in den Jugendformen, die kleiner als der Kern sind, nicht unterscheiden kann. Diese erscheinen in homogener violetter oder blaugrüner Farbe, weil das chromatische Protoplasma noch keine Refraktion erfahren hat. Bei den reiferen und alten Formen ist die doppeltkonturierte Kapsel ganz deutlich; zwischen ihr und der zentralen chromatischen Substanz, welche intensiv violett oder blau gefärbt ist, liegt ein hyaliner Hof, welcher gleichmäfsig blafsviolett oder hellgrün gefärbt ist. Dieser Hof vergröfsert sich immer mehr, je älter der Parasit wird, bis er schliefslich den ganzen Raum einnimmt, welcher in den jugendlichen Formen vom chromatischen Protoplasma ausgefüllt ist. Die Zahl der Parasiten ist in diesem Tumor viel geringer als in dem Neoplasma, welches den Gegenstand der vorhergehenden Arbeit bildete; auch ist die Mannigfaltigkeit der parasitären Formen nicht so beträchtlich wie dort. Viele Zellen enthalten 3—8 Parasiten, welche das Bild der sogenannten multiplen Infektion von SUDAKIEWITSCH darstellen. Die Parasiten nehmen verschiedene Kolo-

rationsphasen an. Nach der Methode mit Malachitgrün und Safranin erzielt man folgende Abstufungen: smaragdgrün, meergrün, nilgrün, gelblichgrün, hellblau, intensivblau, himmelblau . . . Die Ursache hiervon findet R. in dem Phänomen des Metachromatismus, wovon bereits Foà, Sudakiewitsch, Ruffer, Walker gesprochen hatten. Diese Erscheinung hängt ab von der Dauer des Aufenthaltes in den Farblösungen, von dem verschiedenen Alter der Blastomyceten und von Degenerationszuständen dieser letzteren. Auch in den Metastasen der Tumoren hat er Parasiten gefunden, welche an Form und Umfang mit denjenigen des primären Adenocarcinoms identisch waren; die jugendlichen und extracellulären Formen herrschen vor. — Roncali hat also in seinen zwei Adenocarcinomen des Ovariums und ihren Metastasen im Netze einen Parasiten gefunden, welcher morphologisch genau übereinstimmt mit demjenigen von Sanfelice, welcher wie dieser auf die gleichen Farbstoffe reagiert und welcher sich gewöhnlich nur in beschränkter Anzahl in den Geweben findet. Den letzten Teil seiner Arbeit widmet Roncali einer Kritik der Arbeit von Fabre-Domergue.

Pianese, Sulla natura dei corpi cancerosi. Zweite Mitteilung (*Giorn. internaz. d. scienze med.* 1895). P. hat besondere Fixations- und Färbemethoden angegeben:

1. Fixationsmethode:

1%	wässerige Lösung	von	platinchromsaurem Natron	15 ccm,
0,25%	„	„	„ Chromsäure	5 „
2%	„	„	„ Hyperosmiumsäure	5 „
Reine Ameisensäure				1 Tropfen.

Die kleinen Stücke liegen 36 Stunden in dieser Lösung und werden dann 12 Stunden in fließendem Wasser abgespült; Alkohol, Terpentin, Paraffin. Im Terpentin verlieren die Stücke ihre Farbe, weshalb es öfters erneuert werden muß.

2. Färbemethoden:

α.

Malachitgrün	1,0
Säurefuchsin	0,4
Nigrosin	0,1
Destill. Wasser	50,0
Gesättigte alkoholische Lösung von Kupferacetat	50,0.

Verfahren: 20 Tropfen dieser Mischung werden mit 10 ccm destillierten Wassers verdünnt, die gänzlich entwässerten Stücke 24 Stunden hineingelegt, in ½% wässeriger Oxalsäurelösung entfärbt, mit Wasser abgewaschen; Alkohol etc. Diese Methode dient für die typischen und atypischen Kariokinesefiguren. Alle Kerne der ruhenden Zellen bleiben leicht rotgefärbt, das Protoplasma gelblichrot. In den in Kariokinese begriffenen Zellen ist die chromatische Substanz (Nuklein) grün, die achromatische (Paranuklein) blaurot, das Zellprotoplasma ziegelrot.

β.

Malachitgrün	0,5
Säurefuchsin	0,1
Marzino gelb	0,01
Aqua destill.	150,0
Alkohol 96°	50,0.

Verfahren: Die Schnitte bleiben eine halbe Stunde in der unverdünnten Lösung, werden hierauf mit destilliertem Wasser abgewaschen und mit absolutem Alkohol, Öl und Balsam behandelt.

Diese Methode ist für die Gewebselemente berechnet. Die Kerne der ruhenden und in direkter oder indirekter Teilung begriffenen Zellen färben sich grün, das Zellprotoplasma, Bindegewebe etc. rot; die Grundfarbe der Krebskörperchen ist rot, sie enthalten aber teils rubinrote, teils glänzendgrüne Flöckchen.

γ. Säurefuchsin und Pikronigrosin:

Gesättigte alkoholische Säurefuchsinlösung	6 Tropfen,
Martinottisches Pikronigrosin	8 „
Destilliertes Wasser	10,0.

Verfahren: Die aus 70° Alkohol kommenden Schnitte bleiben sechs Stunden in dieser Lösung, werden in Essigsäurewasser entfärbt, entwässert, mit Bergamottöl und Balsam behandelt. Die ruhenden Kerne werden darin rot, die Kariokinesen gelb, das Zellprotoplasma olivengrün, die Krebskörperchen graulicholivengrün mit rubinroten radialen oder zentralen Häufchen.

δ. Lichtgrün und Hämatoxylin:

Ehrlichsches Säurehämatoxylin	15,0
Gesättigte Lichtgrünlösung in 70° Alkohol	5,0
Aqua destill.	15,0.

In diese Lösung kommen die Schnitte aus destilliertem Wasser und bleiben eine halbe Stunde darin; tüchtiges Abspülen in destilliertem Wasser, Alkohol, Öl (Nelken- oder Bergamottöl). Die Kerne werden grün, die Krebskörperchen sind durch Hämatoxylin gefärbt.

ε. Säurefuchsin und Hämatoxylin:

Ehrlichsches Hämatoxylin	15,0
1% Säurefuchsinlösung in 70° Alkohol	15,0
Aqua destill.	15,0.

Technik wie oben.

In dieser Mitteilung stützt sich der Verfasser hauptsächlich auf den von Sjöbring, Foá, Ruffer beschriebenen Coccidientypus. Er hebt hervor, dafs unter den Verteidigern der parasitären Natur der Sjöbringschen Körperchen Übereinstimmung besteht bezüglich der Form und der Struktur, nicht aber in Bezug auf Lokalisation und Vervielfältigung. Diese Meinungsverschiedenheit hängt nach ihm von zwei Gründen ab, nämlich einerseits von den verschiedenen Färbemethoden, welche benutzt worden, und andererseits von dem Umstande, dafs Dinge beschrieben worden, welche nach ihrer Natur und ihrer Entstehung von einander verschieden sind. Was die Untersuchungsmethoden anbelangt meint er, dafs das Hämatoxylin besonders Mucin und eine andere zwischen Schleim- und Kolloidsubstanz liegende Materie zum Vorschein treten läfst, welche letztere er Pseudokolloid nennt; durch das Säurefuchsin wird hauptsächlich die hyaline, durch das Methylgrün die kolloide und Schleimsubstanz gefärbt, während das Gentianaviolett alle diese Substanzen unverändert läfst, während es besonders die Veränderungen am Kerne (Hyperchromatolyse, Kariolyse, Kariorhexis, Metachromasie) hervorhebt. Pianese teilt die Sjöbringschen Körperchen in zwei Klassen ein: die erstere umfafst runde, ovaläre oder unregelmäfsige, mit einer dicken und zuweilen doppeltkonturierten Membran versehene, bald leere, bald, und zwar häufiger, einen wenig dichten, netzförmigen Inhalt führende Körperchen, welche teils im Zellprotoplasma, teils im Kerne liegen. Einzelne derselben geben eine Reaktion, welche derjenigen der Amyloidsubstanz gleicht und sich mit den basischen Anilinfarben intensiver färben als die normalen Zellkerne. Die zweite Klasse umfafst die eigentlichen Krebskörperchen, welche fast immer rund sind, von der Gröfse eines roten Blutkörperchen bis zu der einer Krebszelle und darüber, bald mit einer dicken, doppeltkonturierten Membran und einem wenig dichten, von radiären Streifen durchzogenen Inhalt versehen sind, bald eine komplizierte Struktur aufweisen, so dafs sie den Amyloidkörperchen des Rückenmarks oder der Prostata gleichen. Diese findet man stets in verschiedener Anzahl im Zellprotoplasma und zwar in umgekehrtem Verhältnisse zu ihrer Gröfse. Unter ihnen zeigen die ein-

fachsten eine entschiedene Hämatoxylinreaktion, die komplizierter gebauten eine nach ihren verschiedenen Bestandteilen (Hyalin, Schleim, Celloid) variierende Reaktion. Die Krebskörperchen der ersten Klasse lassen ihren Ursprung auf besondere Veränderungen des Zellkernes zurückführen, die anderen auf solche des Zellprotoplasmas und ganz besonders seiner Sekretionen. Man beobachtet die ersteren in allen Carcinom- oder auch Sarkomformen, die anderen nur beim Carcinom der Drüsen, d. h. in Zellen, die einer Sekretion vorstehen.

Der Verfasser beschäftigt sich sodann mit den Blastomyceten von Sanfelice. Er hält dieselben nicht für das pathogene Agens des Krebses und zwar unter anderen aus folgendem Grunde: Nimmt man auch an, dafs die Formen von Blastomyceten bei den experimentellen Neoplasmen morphologisch vollständig identisch seien mit allen von den Autoren bei malignen Tumoren des Menschen beschriebenen und als Coccidien erklärten Bildungen, so kann sich Pianese die negativen Resultate bei Carcinominokulationen und die positiven bei Impfversuchen mit experimentellen Blastomycetenneubildungen nicht erklären. In der Beschreibung, welche Sanfelice über einen experimentellen Tumor bei der Hündin gegeben hat, konnte er keinen Beweis dafür finden, dafs es sich wirklich um ein wahres Carcinom und nicht etwa um eine Bindegewebsneubildung gehandelt habe.

Auch Pianese hat seit einiger Zeit mit Blastomyceten experimentiert, die er aus zwei Drüsencarcinomen gewonnen hat, und gelang es ihm dabei ebenfalls, nach Inokulationen mit denselben Schwellung der hinteren Zitze zu erzeugen. Während aber diese Schwellung im Beginne ganz deutlich war, nahm sie bald an Volumen ab, so dafs nach circa zwei Monaten die ganze Zitze ungefähr so grofs war wie unter normalen Verhältnissen. Innerhalb und etwas unterhalb der Drüse fand man erbsgrofse, harte, isolierte Knötchen ohne umgebende entzündliche Erscheinungen. Von zehn zu zehn Tagen exstirpierte er je eine Zitze, fand aber nur in der ersten Blastomyceten und Veränderungen, welche eher für einen entzündlichen, denn für einen neoplastischen Prozefs sprachen. Die Knötchen waren aber vergrösserte Lymphdrüsen. Die Arbeiten werden fortgesetzt.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Praxis.

Ein Fall von Alopecia universalis.

Von

Dr. M. Goldfarb-Lodz.

Die Alopecia universalis gehört an und für sich zu den seltenen Erkrankungen, so dafs sie allein deshalb schon der Erwähnung bedarf. Von ganz besonderem Interesse aber ist der mir in meiner Praxis vorgekommene Fall, welcher sich durch seine Ätiologie und raschen Verlauf auszeichnet.

Anamnese. Paul M., 46 J. alt, Pflasterer, verheiratet, aber kinderlos, konsultierte mich seiner allgemeinen Haarlosigkeit wegen. Aufser Blennorrhoe hat der Patient keine Krankheiten durchgemacht. Die Alopecie begann im Jahre 1876, ohne bestimmte Ursache, zuerst am Scheitel in Gestalt von runden sich rasch vergröfsernden kahlen Stellen, die später den Bart, Schnurrbart, Augenbrauen, Wimpern und zuletzt den ganzen Körper befielen, so dafs nach Verlauf von zwei Monaten der ganze Haarwuchs am Körper total verschwunden war. Die ganze Zeit, bis zum vollständigen Haarausfall, litt der Patient an Kopfschmerzen.

Status praesens. Der Patient ist von mittlerem Wuchs, gut entwickelter Muskulatur und mittlerem Panniculus adiposus. Er ist haarlos vom Haupt bis zur Sohle. Man findet nur zehn weifsliche Härchen von 1—2 cm Länge am Kopfe zerstreut, drei ebensolche Härchen am Kinn und etwa zehn derselben an den Geschlechtsteilen. Störungen der Hautsensibilität sind nirgends zu finden. Die Kopfhaut ist glatt, anämisch, glänzend, ohne Schuppen und nicht atrophisch. Nägel und Zähne bieten keine Veränderungen dar; innere Organe normal. Im allgemeinen fühlt sich Patient vollständig wohl, nur der Spott seiner Kollegen, obgleich er Perrücke trägt, deprimiert ihn sehr.

In Anbetracht der 20jährigen Dauer der Krankheit, stellte ich die Prognose quoad restitutionem als sehr zweifelhaft, obgleich MICHELSON einen Fall von vollständiger Restauration der Haare nach 35jährigem Schwund derselben beschrieben hat.

Ich habe keine Behandlung verordnet, da der Patient während der langen Dauer seiner Krankheit schon genug Mittel erfolglos durchprobiert hat. Sollten sich aber die Haare, wider Erwarten, von neuem zurückbilden, so werden sie es dann ohne Arzneimittel gethan haben, deren Wirkung bei dieser Krankheit sehr zweifelhaft ist.

Der plötzliche Haarausfall ohne bestimmte Ursache, in Gestalt von scharf begrenzten Kreisen und Flecken, ohne Entzündungserscheinungen, ohne Hinterlassung von irgendwelchen Hautveränderungen gestatten keine andere Diagnose als Alopecia areata.

Wie bekannt, ist bis jetzt die Frage noch unentschieden, ob Alopecia areata eine Trophoneurosis oder parasitäre Erkrankung sei. Auf Grund meiner persönlichen Beobachtungen neige ich mich der parasitären Theorie zu, da ich zu wiederholten Malen die Gelegenheit gehabt zu beobachten, wie Mann und Frau oder Zimmernachbarn bei intimem Zusammensein sich gegenseitig infiziert haben. Im gegebenen Falle bin ich mehr für eine Trophoneurosis, da im entgegengesetzten Falle seine Frau oder jemand von seiner Umgebung im Laufe von 20 Jahren doch genug Gelegenheit hatten, sich von ihm infizieren zu können. Ferner spricht für eine Trophoneurosis der Kopfschmerz, der bis zum vollständigen Haarausfall angedauert hat.

In Anbetracht dessen mufs man annehmen, dafs unter einem und demselben klinischen Bilde zwei verschiedene Erkrankungen verlaufen, von denen die eine vielleicht trophoneurotischer, die andere parasitärer

Natur ist. Vielleicht gelingt es der Zukunft, Klarheit in dieser bis jetzt dunklen Frage zu bringen.

Abgesehen von der Ätiologie verdient ferner noch der abnorm rasche Verlauf der Krankheit unsere Aufmerksamkeit: im Laufe von zwei Monaten hat der Patient sein ganzes Haar eingebüfst, während in den anderen Fällen von allgemeiner Alopecie, wie z. B. den von MICHELSON u. a. mitgeteilten, ein Zeitraum von 2 bis 3 und sogar 30 Jahren bis zum vollständigen Haarausfall verstrichen war. In denjenigen Fällen dagegen, wo die Haare in 2—3 Wochen ausfielen, ist die Diagnose Alopecia areata wenig wahrscheinlich, weil die Haare in unmittelbarer Folge von allgemeinen Erkrankungen, wie Typhus, Scharlach und ähnlichen, ausgefallen waren.

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 19. Februar 1897.

(Originalbericht von A. JORDAN-Moskau.)

1. Herr KRACHT stellt eine Kranke mit **Sklerodermа** vor. Die betreffende, 19jährige Patientin wurde vor ca. 1½ Jahren in die Moskauer dermatologische Klinik aufgenommen. Aufser der Haut erwiesen sich damals auch die Muskeln und insbesondere diejenigen der Augen und der Zunge affiziert. Im Mai vorigen Jahres konnte Patientin als gebessert durch die in Massage und Bädern bestehende Behandlung der Gesellschaft vorgestellt werden. Seitdem hat die Besserung weiter zugenommen.

2. Herr NIKULIN stellt eine 22jährige Patientin mit der Diagnose **Keratodermia symmetrica** (BESNIER) vor, welche vor 5 Jahren im Anschlufs an eine croupöse Pneumonie aufgetreten sein soll. Die Affektion hat an den Fingern resp. den Zehen ihren Anfang genommen und betrifft jetzt, in Rötung und Schuppung der Haut bestehend, die volare und dorsale Fläche der Hände und Füfse, wie die Beuge- und Streckseiten der Vorderarme und Unterschenkel, wobei die unteren Extremitäten und insbesondere die Fufssohlen stärker affiziert sind. Etwas über den Ellbogen resp. den Knieen hört die Affektion auf. An den Oberarmen und Oberschenkeln beobachtet man Lichen pilaris. Die Nägel an den Fingern sind normal, diejenigen an den Zehen brüchig.

3. Vortrag von Herrn SCHEGOLEW als Gast: **Einige praktische Winke zur Färbung der Gonokokken auf Deckglaspräparaten.** Verfasser rät, zur besseren Fixierung des zu untersuchenden Materials das Deckglaspräparat nach leichter Erwärmung über der Flamme noch in Alkohol und Äther zu gleichen Teilen zu legen. Zur Färbung bediente sich Verfasser ausschliefslich der von PICK und JACOBSOHN empfohlenen Karbolfuchsin-Methylenblaulösung.

Herr Lanz sieht in dieser Art der Fixierung keinen Vorteil, sondern eher einen Nachteil, weil sie zeitraubend und unnütz ist, da die gewöhnliche Art mittelst Durchziehen des Deckglaspräparates durch die Flamme vollständig genügt. Die vom Verfasser bevorzugte Farblösung hält Lanz nicht für besser, als die sonst gebräuchliche, so z. B. auch die von ihm angegebene Trichloressigsäure-Methylenblaufärbemethode.

Herr Orlow stimmt Lanz bei.

4. Herr Pospelow demonstriert die Moulage eines Falles von **Herpes zoster gangraenosus** mit ungewöhnlicher Lokalisation. Bei einer hysterischen, wegen Erythromelalgie in der dermatologischen Klinik zu Moskau behandelten Patientin trat eine in querer Richtung über die Mitte der vorderen Fläche des rechten Unterschenkels hinziehende, schmale, oberflächliche Ulceration der Haut auf, welche zuerst den Eindruck einer künstlich durch einen glühenden Draht hervorgerufenen Verbrennung machte. Das 2 cm breite und 8 cm lange Geschwür zeigte scharf begrenzte, rötlich violette, gezackte Ränder, einen gelblich-grünen Grund und in seinen Ecken einzelne Herpesbläschen. Ähnliche Beobachtungen über derartige, dem Verlauf der Nerven nicht entsprechende Herpes zoster-Eruptionen stammen aus letzter Zeit von Brissaud und Achard.

5. Bericht von Herrn Speranski: **Über den Syphilidologen-Kongreſs in St. Petersburg im Januar 1897.**

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

(Sitzung vom 9. April 1896.)

1. **Ein Fall von Neurodermitis papulosa pigmentosa**, von Schwimmer. Patient wurde vom Vortragenden bereits vor 2 Monaten vorgestellt, die Diagnose war aber keine bestimmte, indem die Veränderungen auf der Haut teils ekzematös, teils lichenoid waren. Die Behandlung war eine indifferente, um den Fall genauer beobachten zu können. Nach zweimonatlicher Beobachtung, wo das Verschwinden und Auftauchen der verschiedenen Efflorescenzen beobachtet werden konnte, sah er sich veranlaſst, eine Neurodermitis papulosa pigmentosa im Sinne der französischen Schule anzunehmen. Vortragender macht darauf aufmerksam, daſs der Kranke vor 2 Monaten eine recente Syphilis mit Haut- und Schleimhauterscheinungen hatte, wodurch einzelne der Mitglieder durch diese Komplikation auf Irrwege geführt wurden. Auf eine energische antiluetische Behandlung haben sich die syphilitischen Erscheinungen zurückgebildet und zur Zeit persistiert noch immer die damalige Hautaffektion, deren wesentliche Merkmale aus Papeln und Pigmentationen bestehen, welche sich symmetrisch auf beiden Oberarmen teils in Gruppen, teils linienweise präsentieren, einige mit normaler Oberfläche, viele mit Epidermisverlusten. Dieselben sind stecknadelkopf- bis hanfkorngroſs, nicht konfluierend und secernierend, selbe zeigten nie einen Übergang in andere Formen. An Stelle vieler zurückgebildeter Papeln befinden sich sepiabraune Pigmentationen, welche scharfe Konturen besitzen. Diese Pigmentationen hält Schwimmer für ein charakteristisches Symptom, wie solche auf Lichenifikation vorkommen. In Anbetracht der Anordnung der Efflorescenzen und nach deren Zurückbildung spontan auftretenden Pigmentationen ist er der Ansicht, daſs diese Affektion auf einer Nervenerkrankung beruht, welche Annahme die Untersuchung des Nervensystems zu bestätigen scheint, indem bei Patienten partielle Par- und Anästhesien konstatiert werden konnten.

Auf die Anfrage Rónas, ob zuerst der Pruritus oder die Papeln auftraten, bemerkt Schwimmer, daſs beide zu gleicher Zeit beobachtet wurden. — Török bemerkt, daſs die Hautveränderungen bloſs als ein Symptom der vorhandenen Nervenveränderungen

aufzufassen sind, und stimmt der Ansicht Schwimmers vollkommen bei, indem auch er das Entstehen der Läsionen sich so vorstellt, dafs zuerst Veränderungen in den Nerven zu stande kommen, welche ein Jucken verursachen, welches dann den Kranken zum Kratzen zwingt, wodurch dann die Papelnbildung, Lichenifikation und Ekzematisation entsteht. — Havas hielt den Fall bei der früheren Vorstellung für eine Art der Mykosis fungoides, ist jedoch jetzt ebenfalls der Ansicht Schwimmers. — Basch findet bei diesem Falle evidente Symptome einer Angioneurosis, dieser Umstand wäre ebenfalls wichtig bei Aufstellung der Diagnose. — Schwimmer bemerkt schliefslich, dafs die Diagnose derartiger Fälle allenfalls Schwierigkeiten bietet, möchte aber noch einmal die Aufmerksamkeit auf die Pigmentationen lenken, welche als ständiges Symptom diese Hautaffektion begleiten.

2. **Ein Fall von Lichen corneus**, von Schwimmer. Der gutgenährte und kräftige Kranke bemerkte vor einigen Monaten auf dem Unterschenkel einen Ausschlag, welcher ziemlich juckte. Seit einigen Wochen bilden die dicht aneinander gereihten Efflorescenzen auf der Beugeseite des einen Unterschenkels eine ca. 10 cm lange und 4 cm breite Fläche. Beiläufig während 6 Wochen veränderte sich das Krankheitsbild, indem die Oberfläche rauh, verdickt und verhärtet wurde. Die übrige Hautoberfläche zeigt keine Veränderungen. Die klinische Diagnose wurde auf Basis eben geschilderter Veränderungen auf diejenige Klasse des Lichen ruber planus gestellt, welche zu starken Infiltrationen führt, unter denen sich die primären Efflorescenzen beinahe ganz zurückbilden. Auf diese Veränderungen haben schon Hallopeau und Darier hingewiesen, die diese Affektion Lichen sclerosus benannten. Die histologische Untersuchung eines excidierten Hautstückchens bestätigte ebenfalls die Diagnose.

Havas bemerkt, dafs auch eine Art der Psoriasis ähnliche Veränderungen hervorrufen kann. — Róna ist der Ansicht, ob man derartige Lichen corneus-Fälle, bei denen man trotz mehrmonatlicher Beobachtung Licheneffloreszenzen sich nicht entwickeln sieht, in der That mit dem Lichen planus in Zusammenhang bringen kann. Er beruft sich auf den am Breslauer dermatologischen Kongresse vorgestellten Fall, welcher von mehreren hervorragenden Klinikern verschiedenartig gedeutet wurde. — Török bemerkt Róna gegenüber, es wäre eine forcierte Aufgabe, von den Lichen corneus-Fällen die Lichen planus-Fälle zu studieren.

3. **Ein Fall von Diverticulum urethrae**, von Feleki. Der 25jährige Beamte hatte nie ein Urethral- noch ein Blasenleiden. Seit Jahren bemerkt er, dafs nach Beenden der Miktion, beim Niedersetzen oder beim Gehen sich aus der Harnröhre noch nachträglich eine Menge von beiläufig einem Fingerhute Urin entleert. Der Harn hat normale Beschaffenheit, subjektive Beschwerden sind nicht vorhanden, sowohl die chemische als auch die mikroskopische Untersuchung des Urins konnte pathologische Elemente nicht nachweisen. Die urethroskopische Untersuchung der Harnröhre zeigt keine pathologischen Veränderungen, nur vor dem Bulbus ist eine 4 cm lange Ausbuchtung zu konstatieren. An dieser Stelle ist die zentrale Einstellung des Endoskops nicht möglich, bei parietaler Einstellung ist die Schleimhautwandung glatt zu sehen. Wenn unmittelbar nach dem Urinieren das Urethroskop vorsichtig bis zu dieser Ausbuchtung eingeführt wird, füllt sich der Tubus mit Urin. Der Otissche Urethrometer kann in der Ausbuchtung bis auf 45 Ch. gedehnt werden, ohne dafs daselbst ein spannendes Gefühl eintreten würde, während einige Centimeter vorher Patient schon bei 25 Ch. ein schmerzhaftes Spannen fühlt. Nachdem jede pathologische Veränderung ausgeschlossen werden kann, hält F. den Fall für eine Bildungsanomalie, und zwar für ein kongenitales Divertikel.

Wohl hatte vor einigen Jahren Gelegenheit gehabt, einen ähnlichen Fall zu sehen.

4. **Neoplasma der Blasenwand (?) als Ursache einer chronischen Harnretention,** von Feleki. Bei dem 62jährigen Patienten stellte sich vor 1½ Jahren plötzlich eine Urinretention ein. Die Blase war bis zum Nabel erweitert, die Entleerung derselben konnte mit dem Katheter ohne Schwierigkeiten durchgeführt werden. Die Ursache der Retention konnte weder auf die Blase, noch auf die Prostata, Harnröhre oder auf irgend welche Veränderung des Nervensystems bezogen werden. Der Urin entleerte sich auch weiterhin nicht spontan, es mufste durch längere Zeit katheterisiert werden, was der Kranke selbst, der Arzt ist, dreimal, später zweimal täglich bewerkstelligte. Als sich der Kranke vor ¾ Jahren wieder meldete, konnte er den Urin spontan lassen, es blieb aber stets eine ziemliche Menge Residualharn zurück. Zu gleicher Zeit bestand eine mit unbedeutenden subjektiven Symptomen einhergehende Cystitis. Seit einigen Monaten findet man in der Bauchhöhle entsprechend der Blasengegend eine kompakte, scharfbegrenzte, auf Druck schmerzhafte Geschwulst, welche vor 6—8 Wochen faustgrofs durch die Bauchwand tastbar war. Die Geschwulst nähert sich bei gefüllter Blase mehr der Nabelgegend, während der Katheterisation sinkt selbe zur Symphyse. Der Ausgangspunkt der Geschwulstbildung konnte nicht mit Gewifsheit konstatiert werden; seiner Meinung nach ist die Geschwulst ein aus der Blasenwandung sich entwickelndes Myom, welches sich stets gegen den prävesikalen Raum vergröfsert. Dafür spricht sowohl das langsame Wachstum und das gute Aussehen des Patienten; dies giebt auch die Erklärung für die Funktionsstörung der Blase.

5. **Ein Fall von Cystitis catarrhalis ammoniacalis (Rovsing),** von Feleki. Der 30jährige Patient acquirierte vor 2 Jahren eine Blennorrhoe. Zur Zeit ist der Ausflufs gering, schleimartig und gonokokkenfrei, der Urin erscheint für den ersten Augenblick rein, betrachtet man aber den frischgelassenen Harn nach ganz kurzem Zuwarten bei Gasflamme, so sieht man darin eine zahllose Menge kleine fettglänzende Krystalle schwimmen, welche rasch zu Boden sinken und eine weifse, dichte Bodenschicht bilden. Diese Krystalle erwiesen sich mikroskopisch als Tripelphosphatkrystalle, und selbst im frischgelassenen Harne sind zahlreiche Bakterien zu konstatieren. Der Harn ist schwach ammoniakalisch, geruchlos und eiterfrei, subjektive Symptome der Cystitis fehlen, nur beim Harnlassen fühlt Patient geringe stechende Schmerzen, welche wahrscheinlich durch die sich entleerenden Krystalle verursacht werden. Einzelne Autoren zählen derartige Fälle zur Bakteriurie, die die von Robert beschriebenen Symptome annimmt und auch nur jene Fälle hierher einreiht, bei denen in die Blase kein Instrument eingeführt wurde, so wäre dieser vorgestellte und ähnliche Fälle als Cystitis catarrhalis ammoniacalis aufzufassen. Therapeutisch durch Anwendung parasiticider Mittel ein Erfolg zu erzielen.

Mátrai untersuchte ebenfalls diesen Fall chemisch und bakteriologisch; gestützt auf seine Untersuchungsresultate hält er diesen Fall für eine Bakteriurie.

6. **Ein Fall von Bromexanthem oder Erythema hydroa (?),** von Róna. Die Anamnese des 34jährigen Kranken ist schwer zu eruieren und darum auch nicht verläfslich. Patient leidet angeblich seit dem Jahre 1887 an Acne vulgaris des Gesichtes und des Rückens, im Jahre 1888 überstand er eine akute Hauterkrankung. Anfangs 1894 bemerkte Patient zuerst einen dem jetzigen ähnlichen Blasenausschlag, mit welchem er 2½ Monate im Hospitale verblieb, mit 1monatlicher Unterbrechung wieder 6 Monate Hospitalsbehandlung genofs. Ende 1894 lag er in einem Provinzhospitale, wo das Exanthem auf Arsenbehandlung sich besserte. Patient nahm auch weiterhin Monate hindurch das Arsen, wobei er sich verhältnismäfsig wohl befand. Am 5. Januar l. J. bekam er plötzlich tonische Krämpfe in den Extremitäten, welche auch einmal die Zunge ergriffen. Gegen diese Nervenaffektion wurde er auf einer inneren Kranken-

abteilung mit Bromkalium behandelt, worauf sich jenes Exanthem entwickelte, welches auch noch zur Zeit sichtbar ist. Patient nahm am 22. Februar das letzte Mal Bromkalium; seit dem sistierten die tonischen Krämpfe. — Róna beobachtet Patienten seit dem 16. März l. J. und konnte an dem ziemlich herabgekommenen Kranken dreierlei Hautaffektionen konstatieren: 1. eine Acne vulgaris im Gesichte und auf dem Rücken; 2. eine lichenoide Form auf dem Rumpfe und den oberen Extremitäten, welches in Anbetracht der seit einigen Monaten auf dem Halse bestehenden Drüsenschwellungen als Lichen scrophulosorum aufgefafst werden kann, 3. im Gesichte, auf der Stirne und Kopfhaut, den oberen Extremitäten und der Regio pubica erythematöse Flecke, in deren Mitte sich linsengrofse, mit reiner Flüssigkeit gefüllte Bläschen befinden, oder mit einer erbsengrofsen, feinen Kruste bedeckt sind, deren Umgebung eine livide Infiltration zeigt, welche wieder mit wasserklaren kranzartigen Bläschen umgeben sind. Aufserdem sieht man stellenweise ohne Erythem Solitärbläschen, besonders am Penis sind die Bläschen zahlreich und dicht. Diese dritte Exanthemform, welche mit etwas Jucken einhergeht, läfst auf ein Bromexanthem oder auf ein Erythema vesiculosum circinatum (Erythema hydroa) schliefsen. Vorläufig möchte Róna noch keine bestimmte Diagnose machen. Was die Nervenaffektion anbelangt, scheint dieselbe mit der Hautaffektion in keinem Zusammenhange zu stehen.

Schwimmer hält das Leiden für ein Bromexanthem.

7. Popper demonstriert 4 Kranke, bei denen er seine **Prostataelektrode (Elektromassator)** mit gutem Erfolge angewendet hat. Die Patienten litten an Spermatorrhoe, Prostatorrhoe, Prostatahypertrophie; bei allen erzielte er auffallende Besserung, ja sogar Heilung. Die Behandlung besteht in der Anwendung des faradischen Stromes, welcher während der Anwendung abwechselnd verstärkt und geschwächt wird, so dafs kein Tonus, sondern temporäre energische Kontraktionen entstehen. Hauptsächlich lieferte ein überraschendes Resultat der Patient mit der Prostatahypertrophie, wo sich die hühnereigrofse Prostata auf diese Behandlung zurückbildete. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen, um ein endgültiges Resultat aussprechen zu können.

Alapi bemerkt zu dem letzten Fall, die Ursache der rasch aufgetretenen Besserung resp. Verminderung der vergröfserten Prostata möchte er nicht auf die Einwirkung des Instrumentes zurückführen, sondern auf die Veränderung der Kongestionsverhältnisse der Prostata.

8. **Über die Ätiologie und Therapie der Bubonen** hielt Deutsch einen Vortrag. Vortragender befafste sich seit 3 Jahren mit obigem Thema auf der Abteilung Prof. Schwimmers und kam zu folgenden Schlüssen: Die Natur der Bubonen sollte durch Inokulationen ermittelt werden, es wurden daher 66 Inokulationen ausgeführt mit dem Eiter von teils Ulcus molle, teils Ulcus induratum komplicierenden suppurierenden Bubonen, von denen in 6 Fällen positives Resultat erzielt wurde, indem typische Geschwüre entstanden sind, bei denen teilweise das spezifische Mikrobium des Ulcus molle nachweisbar war. In einem Falle entstand von der Pustel, bei der zur Zeit der Inokulation die Infektion noch regionär war, ein Ulcus induratum. In den Fällen, in denen die Inokulation negativ war, hatte auch die Bubonenhöhle keine schankröse Beschaffenheit; diese Bubonen (sympathische Bubonen) heilten auch rascher als diejenigen, bei denen die Inokulation positiv war, woselbst auch die Bubonenhöhle eine schankröse Beschaffenheit hatte. Die klinischen Untersuchungen überzeugten ihn, dafs, obzwar die Bubonenhöhle von aufsen infiziert werden kann, doch primäre schankröse Bubonen existieren, nämlich solche, deren schankröse Infektion auf dem Wege der Lymphbahnen entsteht. Dafür sprach auch nebst anderen Beweisen jener Fall, bei dem nach abgeheiltem Ulcus molle ein Bubo suppurans entstand und

dessen Eiter eine positive Inokulation ergab. — Die bakteriologischen Untersuchungen, welche noch nicht abgeschlossen sind, haben folgende Resultate ergeben: Es giebt 1. Bubonen, in deren Eiter gar kein Mikroorganismus zu finden ist, die heilten am raschesten; 2. Bubonen, in deren Eiter Staphylokokken (pyogenes, aureus) nachweisbar sind, diese heilten bereits langsamer; 3. Schankerbubonen, in deren Eiter der Ducrey-Kreftingsche Bacillus nachweisbar war, ebenso in den Inokulationspusteln. Sowohl die klinischen als auch die bakteriologischen Untersuchungen bestätigen also die schon von Ricord ausgesprochene Annahme eines sympathischen und schankrösen Bubos, welche Eigenschaft auch für die Heilungsdauer ausschlaggebend ist. — Was die Therapie anbelangt, wurde auf der Krankenabteilung Jahre hindurch die regelrechte chirurgische Behandlung geübt. Seit 2 Jahren aber wurde die Methode der kleinen Incision eingeführt, welche Methode unvergleichlich bessere Resultate erzielte. Die Behandlung war die möglichst einfachste, indem ja die Art des Bubos dasjenige Moment ist, welches die Heilungsdauer beeinflufst. Diese Thatsache würde auch die verschiedenen mehr oder weniger belobten Heilmittel auf ihren richtigen Wert reduzieren. Es wurden auch Versuche gemacht mit der Abortivbehandlung, jedoch mit ungünstigem Resultate.

Havas hat während 10—11 Jahren ca. 150 Bubonen durch Eröffnen und Auskratzen behandelt, deren durchschnittliche Heilungsdauer mit dieser Methode 17 Tage ausmachte. Nach der Publikation der Langschen Methode versuchte er ebenfalls dieses Abortivverfahren, sah jedoch keinen Vorteil von demselben. Zur Zeit macht er eine kleine Incision, und wenn die Heilung nicht in bestimmter Zeit eintritt, so eröffnet und kratzt er den Bubo in seiner ganzen Ausdehnung aus. — Aschner macht Vortragenden darauf aufmerksam, dafs er nicht nur den Buboneneiter, sondern auch von Fall zu Fall jenen des Ulcus molle bakteriologisch untersuchen möge, und durch Vergleichung beider Resultate wäre wahrscheinlich zu konstatieren, warum der Bubo in einem Falle schankrös sei, und in dem anderen Falle nicht. Bezüglich der Therapie schliefst er sich der Ansicht Havas' an. — Róna ist auf Grund seiner Untersuchungen der festen Ansicht, dafs der Ducrey-Kreftingsche Bacillus Urheber des Ulcus molle ist; denselben konnte er auch in einem Bubonulus nachweisen. Auf Grund der Untersuchungen des Vortragenden und anderer scheint es nun heute erwiesen zu sein, dafs ein Teil der Bubonen infolge des Ducrey-Kreftingschen Bacillus entstehe. Was die Therapie anbelangt, hält er dafür, dafs für den jeweiligen Fall auch die ihm entsprechende Methode angewendet werde. — Schwimmer bestätigt die Resultate des Vortragenden, der die Untersuchungen unter seiner Aufsicht durchführte. Zweckmäfsig wäre es, bei jedem einzelnen Bubofalle Inokulationen zu machen; auf diese Weise könnte man über die Beschaffenheit der Bubonen Aufklärung bekommen. Therapeutisch hält er die Eröffnung mit kleinem Schnitt am zweckmäfsigsten.

A. Aschner-Budapest.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Januar 1897.

I. **Ein Fall von Myoma multiplex der Haut,** von H. R. Crocker. Fälle von multiplen Myomen der Haut sind äufserst selten. In der Litteratur sind im ganzen

bisher zwölf verzeichnet. Babès teilt sie je nach ihrem Ursprunge ein in: 1. Myome, welche von der Gefäfswand durch Proliferation ihrer Muskelemente entspringen (Angio-Myomata). Sie sind gewöhnlich solitär und tief gelagert. 2. Hyperplasien der Arrectores pili, welche multiple Tumoren bilden oder Teile von Vaskularnaevi. 3. Neoplasmen, die aus den tiefen Muskelschichten der Haut entstehen, entweder diffus wie bei der Elephantiasis lymphangiectodes und Pachydermia myxomatodes oder umschrieben, dann gewöhnlich bisweilen multipel. 4. Myomata, die sekundär die Haut ergreifen oder in Embryonalresten ihren Ursprung haben.

Verfasser möchte nach seiner Erfahrung die Tumoren einfach einteilen in oberflächliche und tiefe. Die oberflächlichen würden den multiplen Tumoren entsprechen, welche von den Arrectores pili, weniger häufig von den Muskelwänden der Gefäfse ihren Ausgang nehmen. Die tiefen würden die solitären Tumoren Besniers und alle anderen Formen der Babèsschen Klassifikation mit Ausnahme der zweiten einschliefsen.

Der Fall, den Verfasser Gelegenheit hatte zu beobachten, gehört zur Kategorie der oberflächlichen multiplen Myome. Es handelt sich um einen 43jährigen Patienten, der vor elf Jahren auf der linken Seite des Unterkiefers ohne ersichtliche Ursache einen einzelnen kleinen Tumor erhielt. Zwei Jahre später zeigte sich ein zweiter, etwa einen Zoll von dem ersten entfernt. Seit der Zeit sind die Geschwülste zahlreicher, einige derselben auch gröfser geworden. Gegenwärtig hat er 27 hirsekorn- bis bohnengrofse, feste, braunrote Tumoren. Sie sind auch auf starken Druck unempfindlich. Die Haut über denselben ist intakt. Während die Geschwülste anfangs nur langsam und allmählich sich entwickelten, sind sie in den letzten Jahren rascher gewachsen, weshalb vom Verfasser die vollständige Beseitigung vorgeschlagen und auch ausgeführt wurde. Der Mitteilung des histologischen Befundes schickt Verfasser die Krankengeschichten aller analogen Fälle voraus, welche bisher in der Litteratur publiziert worden sind. Die hauptsächlichsten Merkmale sind: Die aufserordentlich langsam fortschreitende Entwickelung der Tumoren; ihre Neigung, sich zu dicht besäeten und halbkonfluierenden Plaques zu gruppieren; ihre asymmetrische Verteilung; die mäfsige Gröfse, welche sie erreichen. Nur selten sieht man sie gröfser als eine Erbse. Ferner ist allen Fällen gemeinsam die dunkelrote Farbe, die feste Konsistenz der Tumoren mit einer normalen Epidermis über ihnen; ihre Beweglichkeit auf den darunterliegenden Hautpartien; ihre anfängliche Unempfindlichkeit mit der später eintretenden grofsen Neigung zu intensiven, paroxysmalen, spontanen Schmerzen. Schliefslich recidivieren sie nicht, sobald sie einmal entfernt sind. Eine besondere Stelle (vergl. Bd. IX, Februar 1897) weist der Verfasser den beiden von Wolters beschriebenen Fällen zu, die in vieler Beziehung eine auffallende Ähnlichkeit mit einem Xanthoma diabeticorum haben. Die mikroskopische Untersuchung des excidierten Tumoren im Falle des Verfassers ergab zunächst eine unveränderte Epidermis. Die Geschwulst lag in dem tieferen Teil des Coriums. Die Papillarschicht war in einigen Schnitten frei, in anderen von der Geschwulst ergriffen. Die kleinen Tumoren lagen um die Haarfollikel herum, von denen ein gröfserer oder kleinerer Teil immer im Zentrum des Gewächses gesehen wurde. Das Haar selbst und der Haarfollikel waren intakt, nur waren beide sowohl in Längs- wie in Querschnitten von einer dicken Lage glatter Muskelfasern dicht umkleidet. Diese sah man auch deutlich in Schnitten, welche durch die Talgdrüsen und Schweifsdrüsen gelegt waren. Die Muskelfasern verliefen kreuz und quer. Die Blutgefäfse waren zwar nicht zahlreich, aber wo sie vorhanden waren, zeigten sie die Verdickung der Muskelwand; dasselbe war bei den Venen unterhalb der Gewächse der Fall. Am deutlichsten traten die Muskelfasern in mit Pikrokarmin und Karmin gefärbten Präparaten hervor.

II. **Syphilis maligna**, von A. Neisser-Breslau. (Vortrag, gehalten auf dem III. internationalen Dermatologen-Kongrefs in London. August 1896.) Der Vortragende giebt zunächst eine Definition der malignen Syphilis, hebt die wichtigsten charakteristischen Merkmale derselben hervor, führt den Nachweis, dafs sie nicht durch ein frühzeitiges Auftreten tertiärer Erscheinungen gekennzeichnet sei und deshalb auch nicht den Namen „Syphilis maligna praecox" oder „galloppierende Syphilis" verdiene, sondern dafs sie vielmehr als eine sekundäre Manifestation der Krankheit und nicht nur wegen des frühzeitigen Erscheinens der Läsionen, sondern auch wegen ihrer Multiplizität, der Art ihrer Verteilung, der heftigen allgemeinen Symptome, wie Fieber, Anämie, Kachexie, Schlaflosigkeit, Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen anzusehen sei. Der Vortragende bespricht die Differentialdiagnose zwischen der Syphilis tertiaria praecox und der Syphilis maligna, zeigt insbesondere, durch welche Eigentümlichkeiten sich die Ulceration der malignen Syphilis von derjenigen des tertiären Stadiums unterscheidet. In vielem jedoch, das giebt der Vortragende zu, wird die Unterscheidung zwischen früh auftretenden tertiären und den Symptomen der Syphilis maligna schwer sein. Letztere kann sowohl in der acquirierten wie in der kongenitalen Form existieren. Bei der Frage nach dem Wesen der malignen Syphilis glaubt Vortragender, dafs kein Grund vorhanden sei, eine bösartigere Beschaffenheit des syphilitischen Virus für das Auftreten der malignen Symptome verantwortlich zu machen. Wahrscheinlich sei an der Malignität eine besondere Empfänglichkeit und Empfindlichkeit der erkrankten Person selbst schuld. Ebensowenig ist eine genügende Stütze für die Hypothese vorhanden, dafs die maligne Syphilis der Einführung einer abnorm grofsen Quantität des syphilitischen Virus zur Zeit der Infektion ihr Entstehen verdanke. — Die Syphilis tritt in den letzten Jahrhunderten nicht mehr so bösartig auf wie in früheren. Die Ursache davon sieht der Vortragende in der gröfseren Widerstandsfähigkeit des Individuums, in der verminderten Intensität des syphilitischen Virus, in der gröfseren Sorgfalt, im strengeren System der antisyphilitischen Behandlung, in der Verbesserung der allgemeinen sanitären Verhältnisse. Die Erfahrung lehrt, dafs Patienten, welche an maligner Syphilis leiden, die Quecksilberbehandlung sehr schlecht vertragen, und dafs grofse Vorsicht bei der Verordnung des Mittels geboten sei. Von „forcierten Kuren" sei kein Erfolg zu erwarten. Häufig habe eine selbst jahrelang fortgesetzte antisyphilitische Behandlung auf den Zustand des Patienten keinen Einfluſs. In solchen Fällen vermögen nur noch Tonica (Arsenik, Strychnin, Eisen, Chinin) und Bäder, insbesondere Seebäder und Schwefelbäder, ferner die äufsere Applikation von Schwefelsalbe wohlthuend zu wirken. Die Prognose der malignen Syphilis, soweit es sich nur um Hauptsymptome handelt, ist im allgemeinen gut.

Februar 1897.

I. **Die durch Syphilis hervorgerufenen Blutveränderungen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Diagnose und therapeutischen Bedeutung**, von J. Justus-Budapest. (Vergl. Referate Bd. XXII, S. 536 und Bd. XXIII, S. 454.)

II. **Bemerkung über Hautreizung infolge Manipulierens mit Hyacinthenknollen**, von W. T. Freeman. Der Staub, welcher sich in Hyacinthen befindet, besteht zumeist aus Insektenüberresten, welche zahlreiche Parasiten enthalten, unter anderen einen, der dem Acarus scabiei sehr ähnlich sieht. Arbeiter, die mit Hyacinthen viel hantieren, bekommen zuweilen an den Händen, Armen und im Gesicht einen Ausschlag, der sich in eigentümlichen Hautrissen kund giebt, der aber noch nicht als Ekzem angesehen werden kann, sondern mehr an die Milbengänge bei Scabies erinnert. Der Name des Parasiten ist Rhizoglyphus echinopus.

III. **Einige neue Rezeptformeln**, von H. Skinner. Als Salbengrundlage, die leicht resorbierbar, aseptisch, nicht zu fettig und gut applizierbar ist, empfiehlt Verfasser eine Verbindung von Lanolin, Vaselinum album, Lanolinseife und Aqua rosarum. Die Seife wird in dem Rosenwasser aufgelöst, Lanolin und Vaselin unter Rühren zugesetzt. Das Umrühren geschieht bis zum Erkalten der ganzen Mischung.

Gegen tiefe Hautrisse ist „Emol Keleet" in folgender Kombination sehr vorteilhaft:

℞ *Emol Keleet* 7,0
Zinci oxydat. 3,5
Glycerin., Plumb. subacet. ää q. s.
Lanolin, Vaselin ää 15,0.

Die Salbe wird des Nachts appliziert, die Hände werden mit einer Leinenbinde verbunden. Das Emol Keleet hat eine starke erweichende Wirkung. In Verbindung mit einer neutralen Seife ersetzt es das weiche Wasser beim Waschen, macht die Haut geschmeidig und übertrifft in dieser Beziehung die überfetteten Seifen.

Zur Reinigung eines mit Seborrhoe behafteten Kopfes empfiehlt Verfasser folgende Vorschrift:

℞ *Sapon. cast. alb.*
Spir. vin. rect. ää 30,0
Aether. Methyl. 7,0
Aq. 100,0.

Die Seife wird in dem Wasser aufgelöst, der Spiritus zugesetzt, die Mischung filtriert und der Methyläther hinzugefügt. Verschiedene Ingredienzien können mit dem Präparate noch vermischt werden.

Im folgenden teilt Verfasser noch einige Formeln mit flüssigem Quillaja-Extrakt mit.

März 1897.

I. **Dermatitis herpetiformis. Eigene Erfahrungen mit der Krankheit**, von Dr. X. Der anonyme Verfasser ist selbst der Patient, dessen Krankengeschichte ausführlich mitgeteilt wird. Bis zum Jahre 1893 war seine Haut hell, weifs und zart, wie die Haut eines Kindes. Während der Monate Juli und August, als die Hitze aufserordentlich grofs war, mufste der Patient in einer kleinen, niedrigen Hütte schlafen. Nacht für Nacht war er in Schweifs gebadet; um sich abzukühlen, trat er des Nachts öfter auf eine Veranda. Bei einer solchen Gelegenheit glaubt Verfasser sich intensiv erkältet zu haben. Im Juli 1893 zeigte sich in der Mitte des Rückens über dem fünften Lendenwirbel eine markstückgrofse, rauhe, gereizte, gerötete Hautstelle. Nicht lange nachher trat ein ähnlicher Fleck über der linken Schulter auf, und in wenigen Wochen war mit Ausnahme des Gesichtes, der Handteller und Fufssohlen der ganze Körper von solchen roten Flecken bedeckt. Im weiteren Verlaufe zeigten die Flecken einen blasenbildenden Rand, während das Zentrum abblafste. Die Aufhellung der Hautstelle schritt peripherisch vorwärts, bis die Efflorescenz ganz verschwunden war, um neuen Platz zu machen. Das Jucken war zeitweilig so unerträglich, dafs der Patient sich mit Selbstmordgedanken herumgetragen hat. Kein Mittel half. Kokain vermochte das Jucken etwas zu mildern. Auch ein wiederholter mehrmonatliche Aufenthalt in England zum Zwecke der Heilung verlief resultatlos. Der Zustand hatte sich eher verschlimmert als gebessert. Im Januar 1896 bekam der Patient Intermittens mit täglichen Fieberattacken. Während derselben hat sich die Haut zusehends gebessert. Nach Verlauf einer Woche schien der Verfasser geheilt zu sein. Sobald jedoch das Fieber verschwunden war, kehrte das alte Leiden wieder und hat den verzweifelnden Patienten bis jetzt nicht verlassen. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897. No. 2.

I. **Über die Bedingungen, unter denen sich die Hämaturien der Blase und die der Nieren erzeugen,** von PASTEAU und ESCAT von der Klinik GUYONS. Blutungen der Blase und der Nieren können natürlich auch traumatisch, z. B. durch äufsere Gewalteinwirkung, durch den Katheterismus entstehen; diese sind in vorliegender Arbeit ausgeschlossen. Als ursächliche Momente für die in der Blase entstehenden Hämaturien kommen folgende in Betracht: Steine, Cystitiden, Harnverhaltung und Neubildungen. Und bei all diesen Ursachen spielt die Kongestion die Hauptrolle, unter deren Einflusse entwickeln sich erst lebhafte Blasenblutungen. — Sind Steine in der Blase vorhanden, so können dieselben dadurch, dafs sie mannigfach die Lage wechseln, durch heftige und wiederholte Berührungen der Schleimhaut diese zur Aufschürfung bringen. Die so entstehenden Blutungen sind gewöhnlich unbedeutend, heilen in der Ruhe, doch kommen auch reichliche Blutungen vor. Aber nicht nur durch ihre Bewegungen können Steine Blutungen in der Blase hervorrufen, sie vermögen dies auch in weniger mechanischer Weise durch ihre Anwesenheit allein. In der Niere hat dieses Moment eine noch gröfsere Bedeutung. Die Cystitiden, sowohl die akuten wie die chronischen, können ebenfalls Blutungen hervorrufen und sogar so bedeutende und langdauernde, dafs Anämien eintreten. — Die durch Harnverhaltung erzeugten Hämaturien sind selten reichlich. Sie folgen einerseits der Überdehnung der Blase, andererseits der brüsken Entleerung. Die durch letztgenannte Ursache hervorgerufenen sind besonders wichtig, es befindet sich ja dabei der ganze Harnapparat im Zustande der Kongestion, die dann eintretenden Hämaturien können unter Umständen so bedeutend werden, dafs Katheterismus und ernstere chirurgische Eingriffe nötig erscheinen. — Neubildungen sind die gewöhnliche Ursache der grofsen Hämaturien der Blase. Insbesonders kommen hier jene Neubildungen in Betracht, welche in die Blasenhöhlung vortreten, nicht die wandständigen. Letztere, die parietalen sind härter, infiltrieren die Blasenwände, ulcerieren weithin, verursachen aber nur mäfsige Blutungen. Überhaupt rufen Geschwüre in der Blase, wie immer auch ihre Natur sei, im allgemeinen reichliche Blutungen nicht hervor. — Erst unter dem Einflusse der Kongestion entstehen auch bei den Neubildungen bedeutende vesikale Hämaturien. Die klinische Beobachtung, die Befunde bei Operationen, die pathologische Anatomie bringen dafür Beweise. Und in neuerer Zeit hat die Cystoskopie weitere Bestätigung geliefert. Die aus den Nieren stammenden Hämaturien zeigen bezüglich ihrer Entstehung manche Analogie mit den in der Blase entstehenden, aber auch wieder merkwürdige Verschiedenheiten. — Nierenentzündung kann Veranlassung einer Hämaturie werden, gewöhnlich wird diese Blutung nicht bedeutend. Auch die Harnverhaltung in der Niere, wobei gewöhnlich Becken, Kelche und Harnkanälchen ausgedehnt sind, vermag eine Hämaturie zu bewirken, fast immer nur eine geringe. Das erscheint um so auffälliger und schwer erklärbar, weil gerade in diesen Fällen das Nierengewebe stark kongestioniert ist. Anders liegt die Sache bei Steinen in der Niere. Ihre Gegenwart allein schon ruft eine bedeutende Kongestion hervor und diese führt oft genug zu heftigen Blutungen, ohne dafs man an eine gewissermafsen traumatische Verletzung des Gewebes durch die ja oft geringfügige Steinbildung zu denken hat. Hierfür liegen genügend Beweise vor. So z. B. tritt die Blutung häufig ein, ehe eine Kolik, ja nur ein leichter Schmerz sich zeigt; die Steinbildung besteht in anderen Fällen nur im Auftreten von Sand, und doch erscheint eine heftige Blutung. Die Hämaturie wird in vielen Fällen durch Ruhe nicht beeinflufst, tritt willkürlich zu Tage. — Dafs Neubildungen in der Niere zu schweren Hämaturien Veranlassung

geben können, ist schon längst bekannt, dieses Symptom wurde ja stets als das prägnanteste betrachtet. Hierbei spielt nun ebenfalls die Kongestion eine wichtige Rolle. Dadurch erklärt es sich, warum die Blutungen so unregelmäfsig auftreten, sowohl der Zeit, wie der Intensität nach. — Aufser den angeführten Momenten giebt es rein kongestionäre Zustände der Nieren, welche eine Hämaturie bewirken können. Diese Einflüsse sind teilweise noch schwer zu erklären, bei derartigen Hämaturien wurde schon öfters die Nephrotomie mit glänzendem Erfolge ausgeführt, ohne dafs jedoch auch diese Operation einen klaren ätiologischen Einblick verschaffte. Diagnostische Irrtümer sind da leicht möglich. Die Schwangerschaft, das Stillen können solche Kongestionen in den Nieren hervorrufen. Die Verfasser schildern einen sehr interessanten Fall, in welchem bei bestehender Tuberkulose der Prostata und eines Samenbläschens, bei positivem Bacillenfunde und Vergröfserung einer Niere diese trotzdem als gesund bei der Nephrotomie sich herausstellte; die Hämaturie blieb weg. Die renale Kongestion allein hatte die Veranlassung zur Blutung gegeben. Auf diesem Gebiete sind daher weitere Forschungen wohl angezeigt.

II. **Gänzliche Exstirpation der Blase wegen einer diffusen Geschwulst in derselben,** von Tuffier. Da die Totalexstirpation der Blase bis jetzt eine erschreckende Sterblichkeit aufwies, erscheint der vom Verfasser mitgeteilte Fall mit günstigem Ausgange besonders beachtenswert. Der Patient, ein 40jähriger Mann, leidet seit 3 Jahren in der Blase. Anamnese und Untersuchung vom Mastdarm aus weisen auf eine Blasengeschwulst hin. Es wird deshalb am 6. Oktober 1896 der hohe Blasenschnitt vollzogen. Nach Eröffnung der Blase findet Tuffier eine harte, wuchernde, leicht zerreifsliche Geschwulst, welche die ganze linke Seite der Blase einnimmt; der ganze übrige Teil der Schleimhaut ist durch dieselbe Neubildungsmasse infiltriert; aber während die ganze Dicke der Wandung links und im Fundus befallen ist, scheinen die krankhaften Veränderungen an der rechten Seite und an der Vorderfläche der Blase weniger tief vorhanden zu sein. Die Drüsen sind frei. Jodoformgaze-Tamponade. Drainage der Blase. Neun Tage später liefs sich ein weiteres Fortwuchern des Tumors feststellen. Der Allgemeinzustand hatte sich gehoben. Es wurde deshalb die Totalexstirpation der Blase von Tuffier beschlossen und am 20. Oktober ausgeführt. Die Isolierung der Blase gelang, die Ureteren wurden unter Verwendung von Kathetern nach Eröffnung des Rectum in dieses eingenäht. — Die Wundheilung ergab manche üble Zufälle: Kollaps, teilweises Herausdringen des Harns durch die Bauchwunde, Temperatur subnormaler und febriler Art, Phlebitis an einem Beine, aber schliefslich verschwanden die meisten Abnormitäten im Wundverlauf. Etwa zwei Monate nach der Operation bestand noch eine Fistel in der Bauchwand; mit einer Drainage für diese und einem Kautschukapparate für die Analgegend versehen, konnte der Operierte schmerzfrei seinen Geschäften nachgehen. — Die Untersuchung der entfernten Geschwulst ergab: Epithelioma alveolare atypischen Charakters mit Infiltration der ganzen Blasenwandung.

III. **Über die hartnäckigen Blasenentzündungen bei der Frau,** von Escat. Die Arbeit zerfällt in folgende Abschnitte: 1. Über einige Ursachen, welche die Cystitis beim Weibe trotz rationeller Behandlung hartnäckig erhalten. 2. Therapeutischer Wert der Auskratzung der Blase durch die Harnröhre hindurch. 3. Wert der Sectio alta bei diesen hartnäckigen Cystitiden. 4. Wert des vaginalen Blasenschnittes bei der Behandlung dieser Entzündungen. 5. Colpo-Cystotomie und Nephrektomie bei alter, sehr schmerzhafter Cystitis. — Dreizehn, zum Teil ausführliche Krankengeschichten erläutern die therapeutischen Anzeigen. Als Schlufsfolgerungen ergaben sich die nachstehenden: 1. Hat man eine Cystitis vor sich, welche den rationellen Behandlungsweisen der Blase widersteht, so mufs man aufserhalb der Blase nach-

forschen, den Inhalt des kleinen Beckens gründlich untersuchen und jede krankhafte Veränderung behandeln, welche auf die Blase einwirken könnte. Auch in der Urethra kann man den Ausgangspunkt dieses hartnäckigen Leidens suchen, ferner auf krankhafte Veränderungen in den Nieren Bedacht nehmen. 2. Hat man die kleinen Mittel, wie Einträufelungen, Spülungen, Auskratzung erschöpft, schreite man sogleich zum hohen Blasenschnitt (mit zeitweiliger Drainage), falls keine Nierenaffektion vorhanden ist. Man soll dann die Blase tamponieren und den gesonderten Katheterismus der Harnleiter anwenden. Immer mache man eine völlige Toilette der Blase, indem man bis in die Tiefe mittelst Löffel und Thermokauter jeden verdächtigen Punkt zerstöre. 3. Man vollführe sofort die Cystotomia vaginalis (mit unbeschränkter Drainage), falls ein Leiden der Niere besteht oder schlechtes Allgemeinbefinden. Je nach dem klinischen Befund wird man eine Nierenoperation anschliefsen. Sobald die Blasenwandung geheilt und die Nieren ruhig geworden, schliefse man die Fistel. 4. Will man Zeit gewinnen, mache man die Sectio alta, behandle dann die Blasenschleimhaut, incidiere die Blasen-Scheidewand und füge die Drainage durch die Scheide an.

IV. **Bemerkungen über die Anwendung des Höllensteins und des Verweilkatheters bei den Prostatikern,** von G. Colin. Gegenüber den modernen Bestrebungen, durch operatives Vorgehen, wie durch Cystotomie, Kastration, Resektion der Samenleiter, den Prostatikern zu helfen, empfiehlt Colin, die einfacheren Methoden nicht zu vergessen, die doch grofse Dienste leisten könnten. Besonders lenkt er die Aufmerksamkeit auf die Spülungen mit Argentum nitricum und den Verweilkatheter. Die Höllensteinlösungen sollen nicht willkürlich, sondern vorsichtig zur Verwendung kommen und nur allmählich gesteigert, später auch wieder in der Stärke herabgesetzt werden. Das Argentum nitricum habe nicht blofs antiseptische Wirkung, sondern auch eine erregende Fähigkeit gegenüber der Blasenmuskulatur, was um so wichtiger ist, als die Blase nach längeren oder kürzeren Perioden der Harnverhaltung ihre Kraft verliert, schwach, träg wird. Argentum nitricum aber wirkt derartig, dafs es die Kontraktilität der Blase wieder herstellt. Eine instruktive Krankengeschichte reiht sich an. — Die andere Methode, die Anwendung des Verweilkatheters, wird besonders bei Blutungen der Prostatiker gute Dienste leisten, vorsichtig geübt kann sie sogar relative Heilung bringen. Auch hierfür liefert Verfasser in einer Krankengeschichte den Beweis.

V. **Verminderung des Umfanges der Prostata durch die Anwendung des Verweilkatheters oder des regelmäfsigen Katheterismus,** von Pasteau (Guyonsche Klinik). Im Verlaufe der Prostata-Hypertrophie können die Symptome der Harnverhaltung zweifellos auf eine Kongestion der Drüse bezogen werden. Diese bewirkt dann eine Verengerung in der Lichtung des Harnröhrenkanals, die weiteren Folgen sind bekannt. Zu den Mitteln gegen diese Kongestion gehört in erster Linie der Verweilkatheter und der regelmäfsige Katheterismus. Verfasser bringt nun zwei ausführliche Krankengeschichten zur Bestätigung dieser besonders von Guyon betonten Ansicht. Im ersten Falle, bei einem 69jährigen Manne, war Harnverhaltung eingetreten, der Katheterismus mifslungen, deshalb die Blase punktiert worden. Einige Tage später wurde ihm auf der Guyonschen Klinik ein Verweilkatheter eingelegt. Die Prostata erwies sich in beiden Lappen kolossal vergröfsert. Schon nach 2 Tagen liefs man den Verweilkatheter weg, katheterisierte regelmäfsig und spülte mit Argentum nitricum-Lösung. Unter dieser Behandlung verminderte sich deutlich der Umfang zunächst des einen Lappens, später auch der des anderen. 17 Tage nach dem Eintritt des Patienten ins Spital war der rechte Lappen überhaupt nicht mehr als solcher fühlbar, der linke nur mehr in geringem Mafse. 19 Tage später beginnt der Kranke allein

zu urinieren. — Im zweiten Falle, bei einem 63jährigen Prostatiker, war zwar keine Harnverhaltung eingetreten, aber das Urinieren war sehr schmerzhaft, es bestand Inkontinenz, etwas Hämaturie. Auch hier war die Hypertrophie der Prostata sehr bedeutend. Es wurde bei diesem Patienten für 26 Tage der Verweilkatheter benutzt. Und unter seinem Gebrauche tritt eine deutliche Verminderung des Prostataumfanges ein. Diese machte weitere Fortschritte unter dem regelmäfsigen Katheterismus. Auch die manometrischen Untersuchungen wiesen die Besserung nach; bei Injektionen zeigt sich die Kontraktilität der Blase wohl noch langsam im Erwachen derselben, sie bleibt aber dauerhaft und fähig, von selbst in die Wirkung zu treten.

VI. **Wirkung des Äthers und des Chloroforms auf die Niere**, von LEGRAIN. Die Arbeit enthält im wesentlichen eine Übersicht über die in der Litteratur niedergelegten klinischen und experimentellen Erfahrungen. Besonders wurde die Arbeit zweier italienischer Autoren, BABACCI und BEBI (*Policlinico*, Mai 1896), berücksichtigt; deren Ergebnisse scheint Verfasser für die zuverlässigsten zu halten. Sie lauten also: Eiweifs und Cylinder wurden 15 mal bei 41 Ätherisierten gefunden. In 3 Fällen hatten Eiweifs und Cylinder schon vorher bestanden. Unter 54 Fällen, die mit Chloroform betäubt worden waren, gab es nur 10 Fälle von Albuminurie. Also ergiebt sich 18,89 Procent Albuminurie nach vorausgegangener Chloroform-Anwendung und 36,60 Procent nach vorheriger Ätherisation. — Nach ihren Tierversuchen fanden BABACCI und BEBI Nachstehendes: Die Albuminurie ist häufiger nach Äthernarkose als nach Chloroformnarkose. Die mittelst Äther betäubten Versuchstiere weisen eine ausgedehnte Nephritis haemorrhagica auf, welche Tendenz zur Heilung und zur restitutio in integrum für die Niere zeigt. Dagegen stellt sich nach der Chloroformnarkose bei den Versuchstieren eine Nephritis parenchymatosa ein, welche Tendenz zum Chronischwerden besitzt. Darnach scheint also die Äthernarkose für die Niere weniger gefährlich zu sein, als die Narkose mittelst Chloroform. *Neuhaus-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Über die Verwendung von präserviertem Eigelb zur Herstellung von Salbenkörpern, von E. BERNEGAU. (*Pharm. Centralh.* 1896. No. 44.) Das vom Verfasser bereits für Nahrungsmittel und Konserven verwendete Nebenprodukt Eigelb der Albuminfabriken fand er auch für kosmetische Zwecke brauchbar, nachdem er sich von dessen Resorbierbarkeit überzeugt hatte. Als Toilettecrême empfiehlt er folgendende Zusammenstellung:

Präserviertes Eigelb	1 T.,
Benzoiniertes Olivenöl	1 T.,
Alapurin	1 T.,

mit Rosenöl oder Kumarin und Veilchen parfümiert, werden lege artis zu einem Crême verarbeitet.

Dieses „Vitellincrême" ist von schöner, gelber Farbe und wird zur Herstellung von Seifen, Salben etc. empfohlen. *A. Strauſs-Barmen.*

Die Michlesche Salbengrundlage, von G. Vulpius. (*Deutsch-Amerik. Apotheker-Zeitung.* 1896. No. 9.) Sie ist aus festem und flüssigem Paraffin unter Zusatz von 10% Wollfett hergestellt und scheint für solche Fälle als Salbengrundlage geeignet zu sein, in denen Lösungen oder wässerige Anreibungen von Salzen und Extrakten in gröfseren Mengen einer Salbe einverleibt werden sollen. Eine Kaliumjodidsalbe mit dem vollen Thiosulfatzusatz des Arzneibuches erschien nach 100 Tagen noch völlig unverändert. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Aiodin, von C. Schaerges. (*Schweiz. Wochenschrift für Chemie und Pharmacie.* 1896. No. 39.) A. ist ein aus den Schilddrüsen hergestelltes Präparat mit einem Jodgehalt von 0,39 bis 0,42%; es entspricht somit dem Jodgehalt nach 1 g Aïodin 10 g frischer Schilddrüse. Es stellt ein lockeres, geruch- und geschmackloses Pulver dar und ist in Wasser unlöslich. Es wird von den Firmen F. Hoffmann — la Roche & Co. hergestellt. *A. Strauſs-Barmen.*

Praktische Erfahrungen mit Airol, von S. Rosenfeld in Wien. (*Wien. med. Blätter.* 1896. No. 31.) Verf. verwandte das Mittel bei weichem Schanker mit gutem Erfolg, teilt allerdings nur zwei Fälle mit. Ferner wurde es bei eiternden und frischen Wunden gebraucht. Bemerkt wurde bei längerem Liegenlassen des Pulvers eine starke Granulationsbildung. *A. Strauſs-Barmen.*

Airol, ein neues Wundantiseptikum, von H. Degle in Kindberg. (*Ärztl. Central-Anz.* No. 26. Wien. Sept. 1896.) Auch diese Arbeit spricht sich sehr rühmend über das Airol aus. Bei Stich-, Quetschwunden etc. ging die Heilung unter geringer Wundsekretion glatt von statten. *A. Strauſs-Barmen.*

Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Wismuthoxyjodidgallat (Airol), von M. Eberson in Tarnow. (*Therap. Wochenschrift.* No. 50, 1896.) Bei gröfseren Quetsch-, Hieb- und Rifswunden lobt Verfasser die blutstillende Wirkung des Airols; es macht die Wunde ferner trocken und reaktionslos, indem es einen trockenen Schorf bildet. Es trat stets schnelle Heilung ohne oder mit geringer Eiterung ein, Reizungen blieben aus. Er weist dem Airol den ersten Platz unter allen wundheilenden Pulvern ein. *A. Strauſs-Barmen.*

Türkisches Wasser, ein Haarfärbemittel. (*Deutsch-Amerik. Apotheker-Zeitung.* 1896. No. 9.) Nach Landerer wird dieses Wasser auf folgende Weise hergestellt: Fein gepulverte Galläpfel werden mit einer geringen Menge Öl in der Weise zusammengeknetet, dafs eine homogene Paste entsteht, welche dann in einer eisernen Trommel geröstet wird, bis dafs sich kein Öldampf mehr entwickelt. Der Rückstand wird mit ein wenig Wasser wieder aufgenommen und auf dem Feuer zum vollständigen Trocknen gebracht. Der ganz schwach angefeuchteten Masse mischt man sorgfältig ein metallisches Pulver bei und bewahrt dieses Produkt an einem feuchten Orte auf, wo es allmählich seine färbenden Eigenschaften erhält. Dieses Pulver heifst Rastikosetra, ist aus Eisen und Kupfer zusammengesetzt und wird von Armeniern auf die Märkte des Ostens gebracht. Das mit diesem Mittel eingeriebene Haar nimmt in einigen Tagen eine sehr schöne schwarze Farbe an, die es lange behält. *A. Strauſs-Barmen.*

Naftalan. (Auszug aus dem Protokolle der kaiserl. kaukas. med. Gesellschaft vom 1. Juni 1896), von Dr. F. Rosenbaum in Tiflis. Die medizinische Salbe Naftalan wird aus einer eigenartigen Rohmasse gewonnen, welche im Kaukasus, im Orte Naftalan, wo jährlich 500—600 Kranke in Nafta baden, vorkommt. Die Salbe ist

ein Extrakt dieser Nafta und hat den hohen Schmelzpunkt von 65° bis 70° C., so dafs sie selbst in der gröfsten Sommerhitze ihre starke Konsistenz behält. Die mit N. erzielten Resultate sind die folgenden:

1. N. ist ungefährlich und ohne schädliche Folgen und Nebenwirkungen.

2. Bei Verbrennungen ersten und zweiten Grades entwickelt N. eine wunderbare, schmerzstillende, kühlende und Entzündung verhindernde Wirkung.

3. N. wirkte vorzüglich bei akutem und chronischem Ekzem, Pityriasis, Seborrhoea capillitii, Psoriasis selbst dann, wenn andere gute Mittel versagten.

4. Erysipel wurde sofort günstig beeinflufst.

5. Bei entzündeten Wunden und bei Geschwüren hat N. eine antiseptische, entzündungswidrige Wirkung.

6. Bei Gicht und Rheumatismus lindert N. die Schmerzen und erzielt bei dauernder Anwendung vollständige Heilung.

7. Eine reduzierende, schmerzstillende Wirkung hat N. bei Epididymitis, Bubonen, Lymphdrüsenentzündungen etc.

8. N. wird leicht resorbiert, eignet sich daher besonders als Konstituens für Hg.

A. Strauſs-Barmen.

W. Sarubin: **Zur Frage über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Schilddrüsenpräparaten.** (*Wratsch*, No. 25, 26. 1896.) Autor behandelte im Charkower Militärhospital unter Leitung von Prof. Brujen vier Soldaten, von denen drei an Psoriasis und einer an Sykosis nonparasitaria litten, mit Thyreoidinum siccatum, das er teils von Merck, teils von Ferrein aus Moskau bezog. Aufser dem Thyreoidin wurde weder äufserlich noch innerlich ein anderes Mittel angewandt. Dauer der Behandlung 27—40 Tage. Die Tagesdose schwankte zwischen 0,1 und 1,0 (1—10 Tabletten zu 0,1 Thyreoidin); im ganzen wurden verbraucht 15,0—80,0 (112—210 Tabletten). Es wurden dabei folgende Erscheinungen beobachtet: Nach 3—4 Tagen von Beginn der Behandlung — Beschleunigung des Pulses bis auf 100 Schläge in der Minute, in manchen Fällen nach einigen Wochen bis auf 110, in einem sogar 130 Schläge. Dabei blieb der Puls kräftig und regelmäfsig. Die Körpertemperatur blieb meistens normal und erreichte nur zeitweise etwas über 38°, in einem Falle trat ohne merkliche Ursache eine Steigerung bis auf 39,8° ein. Nach 1—2 Wochen der Behandlung stellten sich bei allen Patienten starke Kopfschmerzen, besonders im Stirnteile, und Sausen ein; alle klagten sie über allgemeine Schwäche und Mattigkeit. Bald darauf traten Blässe, Abmagerung und langsame Abnahme des Körpergewichts, die 4—7 kg betrug, auf. Nach dem Aufhören der Behandlung kehrte das Körpergewicht wieder allmählich zur Norm zurück. Seitens des Verdauungsapparates bestanden Appetitlosigkeit und belegte Zunge. Die Harnmenge stieg bei allen schon nach einigen Tagen bis auf 3000 ccm, um nach einem Monat wieder zum normalen Quantum zu sinken. Im Harn kein Eiweifs. Einige Patienten klagten noch über Schlaflosigkeit, Unruhe und Zittern in den oberen Extremitäten. Nach diesen schlechten Erfahrungen hielt Verf. das weitere Experimentieren mit dem Schilddrüsenpräparat am Menschen für unerlaubt. Er hält das Mittel für sehr gefährlich und bei Hautkrankheiten wenigstens für ganz nutzlos und warnt die Kollegen vor dem Gebrauch desselben. Sie sollen den Fall Tiberges, dessen Patient infolge dieser Behandlung zu Grunde ging, nicht vergessen.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut, von Dr. Hugo Müller in Mainz. (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 11.) Verfasser hat auf der Herxheimerschen Abteilung zu Frankfurt a. M. mikroskopische Untersuchungen über die Aufnahme des Hg-Resorbins, des Hg-Mollins und des Hg-Vasogens, sowie über die von Herxheimer empfohlenen Einklatschungen und die von

Welander angegebenen einfachen Überstreichung der Salben aufgestellt. Es ergab sich, dafs die Quecksilberteilchen in dem Epithel am dichtesten vorhanden waren bei den mit Resorbinsalbe eingeriebenen Patienten. Freilich will Müller diesem Befund keinen besonderen Wert zuschreiben, sondern er glaubt, dafs es bei allen vier Salbenkonstituentien gelingt, annähernd das gleiche Quantum Quecksilber in die Haut zu deponieren, wenn nur die nötige Ausdauer bei der Applikation angewendet wird. Doch da es mit dem Resorbinpräparat schon nach wenigen Minuten gelingt, dasselbe Resultat zu erreichen, wie mit dem Mollin und der officiellen Salbengrundlage — vom Vasogen hat er noch zu geringe Erfahrung —, so wird sich die Wage sehr zu Gunsten des Resorbins neigen. Was nun die Einklatschungen anbetrifft, so kann Verfasser dieselben beim Resorbinquecksilber und dem offiziellen Ung. ciner. empfehlen. Ebenso ergaben die Untersuchungen beim Aufstreichen der beiden letzten Salben, dafs eine reichliche Menge Hg in den Einsenkungen des Epithels, in den Follikeln und vor allem beim Resorbin auf der Oberfläche hinterlassen.

L. Hoffmann-Berlin.

Credé (Dresden) hat die von ihm empfohlene **Silberwundbehandlung** seit fast einem Jahre bei etwa 1900 Kranken durchgeführt und *(Centralbl. f. Chirur.* 1896. No. 43.) betrachtet die aseptische Methode nur noch vom theoretischen Standpunkte aus als das idealste, beste System; vom praktischen aus giebt er auch für jene Fälle, in welchen die Asepsis durchzuführen wäre, seiner Methode der Silberwundbehandlung den Vorzug, weil dieselbe in viel einfacherer Weise, in kürzerer Zeit, mit weniger Arbeit, mit geringeren Kosten und bei noch gröfserer Sicherheit das nämliche Resultat erzielt.

Die antiseptische Wirkung der Silbersalze ist eine milde, aber energische; es werden Keime zerstört, deren man bei der Asepsis nicht habhaft werden kann, oder die von den bisher angewandten Mitteln nicht sicher abgetötet werden. Eine normale, gründliche Reinigung der Hände und des Kranken mit Seife, Bürste und Äther oder Alkohol genügt vollkommen; Verbandstoffe, Schürzen, Gefäfse etc. brauchen nur gut gewaschen, nicht sterilisiert zu werden. Die Verbände sind kleiner und einfacher als die aseptischen, woraus eine bedeutende Ersparnis an Verbandmaterial resultiert.

Credé bedeckt die von ihm angelegten Wunden, einerlei ob sie geschlossen werden oder offen bleiben, mit Silbergaze, höchstens stäubt er auf die eventuellen Stichkanäle etwas Itrol (Argentum citricum) auf. Diese Silbergaze, die in feinster Verteilung metallisches Silber enthält, ist absolut reizlos und wird antiseptisch, sobald sich in den Wunden Krankheitskeime entwickeln, weil die durch letztere produzierte Milchsäure sofort ein energisches Antisepticum, das milchsaure Silber, bildet. Bei Wunden, die er bereits vorfindet, reinigt Credé mit Wasser, Seife, Bürste und Äther die Umgebung und spült alles mit abgekochtem Wasser ab. Die Anwendung schwacher antiseptischer Lösungen, wie Sublimat 1 : 2000, oder Silberlösungen 1 : 5000, hält er für keinen Nachteil. Nur fast vollständig abgelöste Gewebsteile werden entfernt, nur grofse Unterminierungen werden freigelegt, sonst werden alle Nischen und Spalten, geöffnete Gelenke etc. gänzlich unberührt gelassen, die Wundfläche wird mit Itrol dünn eingepulvert. Waren schon entzündliche Prozesse im Gange, dann wird für einige Tage ein Wasserprieſsnitz angelegt, ist keine Reaktion sichtbar, so wird etwas Silbergaze und dann Watte aufgelegt und für ruhige und sichere Lagerung gesorgt. Bei teilweiser Durchnässung des Verbandes mit Blut und Serum versucht man den Verband abtrocknen zu lassen, indem der betreffende Körperteil öfter aufgedeckt wird, oder man bedeckt ihn noch mit einer Lage Watte (mehr des Aussehens wegen). Bei sehr stark secernierenden Fällen wird die obere Verbandlage erneuert. Sind Krankheitserreger bei der Verletzung in die Tiefe eingedrungen, so wird sich daselbst im schlimmsten Falle ein Abscefs bilden, der als solcher behandelt

wird. Der erste Verbandwechsel bei trockenen Verbänden wird nach 5—10 Tagen vorgenommen.

Ekzeme oder Argyrose wurden niemals beobachtet.

Da Itrol (Argentum citricum) sich nur 1:3800 löst, was ja für die Wundbehandlung, der Dauerwirkung wegen, ein eminenter Vorteil ist, so hat Credé, um bequemer und leichter auch stärkere Lösungen zur rascheren Desinfektion darstellen zu können, Tabletten von Aktol (Argentum lacticum) à 0,2 herstellen lassen Chemische Fabrik von Heyden in Dresden-Radebeul), welche genau wie die Sublimatpastillen anzuwenden sind. Die neuerdings von einigen Firmen in den Handel gebrachten Itrol- und Aktolgaze verwirft Credé ganz entschieden, da sie dem Prinzip des Aseptischen in seiner Silbergaze (M. Arnold, Chemnitz) nicht entsprechen, auch viel zu schwach imprägnirt und aufserdem gar nicht haltbar sind. Die Silbergaze Credés kann jahrelang in jedem Klima, ohne sich zu verändern oder an Wirkung zu verlieren, aufbewahrt werden. Itrol ist ebenfalls unbegrenzt haltbar, wenn es in braunen oder gelben Gläsern aufbewahrt wird. Bräunt es sich unter dem Einfluſs des Lichtes, so wird nur eine minimale Menge zu metallischem Silber reduziert, und die Wirkung kaum beeinträchtigt. Ebenso ist die in Hartgummigefäſsen eintretende leichte Bräunung, eine Folge des Schwefelgehaltes des Hartgummi, unbedenklich.

Ganz vorzüglich bewähren sich die versilberten Katgut- und Seidenfäden.

Bei Benutzung des Aktol oder Itrol zu Gurgel- oder Spülwassern nimmt Credé Lösungen von 1:4—8000. Die durch die Silbersalze erzeugten Flecken lassen sich, auch wenn sie schon alt sind, durch Hineinlegen in eine Lösung von 1,0 Sublimat, 1000,0 Wasser und 25,0 Kochsalz für einige Minuten mit nachfolgendem, mehrfachem Ausspülen sehr leicht entfernen.

Die Beobachtungen des Verfassers über die subkutane Anwendung des Aktol bei den chirurgischen Infektionskranheiten, sowie über die parenchymatöse Anwendung bei Tuberkulose und Geschwülsten sind noch nicht spruchreif.

H. Einhorn-München.

Bereitung des Antistreptokokken-Serums, von T. J. Bokenham. (*The Brit. med. Journ.* 4. Juli 1896.) Das Antistreptokokkenserum, wie es nach den Angaben des Verfassers die Firma Burroughs & Wellcome herstellt, wird aus dem Blute eines Esels gewonnen, der während mehrerer Monate wiederholte und verstärkte Injektionen von lebenden, virulenten Streptokokken erhalten hat. Es hat im Gegensatz zum Antidiphtherie-Serum eher antimykotische als antitoxische Eigenschaften und ähnelt deshalb eher dem Diphtherie-Antimycetin von Klein.

C. Berliner-Aachen.

Über die Behandlung von Tripper und Schanker mit Jodoformin, von J. Edm. Güntz (Dresden). (*Allg. Med. Central-Ztg.* 1896. No. 23.) An Stelle des pilztötenden, aber schlecht riechenden Jodoforms wendet Verfasser bei Blennorrhoe jetzt das Jodoformin an, wie er berichtet, mit gutem Erfolg. Das Präparat soll milde und unschädlich sein.

Bekanntlich empfiehlt Verfasser das Jodoform schon länger bei der Behandlung des Trippers als bestes, mildestes und absolut gefahrloses Mittel. Dessen Nutzen soll in dem Prinzip der Wirkung in der Harnröhre verdunstender, gasartiger, zugleich pilztötender Substanzen bestehen. Nachdem man das Jodoform tagelang (!) hat einwirken lassen (nach jedem Urinieren wird mit einer Salbenspritze Jodoform, mit Wasser gemischt, 20—30 Tropfen als dicker Brei eingespritzt und dann die Harnröhre mit Pflanzenpapier doppelt verklebt), soll der Eiter seine infektiösen Eigenschaften verlieren. Der Geruch des Jodoformin ist nach der Erfahrung des Verfassers viel schwächer und einigermaſsen zu decken.

Bei Schanker wirkt das Jodoformin sehr gut und milde. Verfasser tröpfelt, um die Wirkung zu erhöhen, auf das Jodoformin auf den Boden der Wunde einige Tropfen einer schwachen Lösung von doppelt kohlensaurem Natron. Gegen die Behandlung der weichen Schanker mit verdünnter oder konzentrierter Karbolsäure spricht sich Verfasser auf das Endschiedenste aus. (Demgegenüber erkläre ich, daſs meine Erfahrungen bei Behandlung der Ulcera mollia mit konzentrierter Karbolsäure die besten sind; die Behandlung ist weder schmerzhaft, noch bluten die Wunden leicht (wie Verfasser meint), sondern die Wunde reinigt sich schnell, grenzt sich ab und wird zusehends in verhältnismäſsig kurzer Zeit kleiner. D. Ref.)

Karl Riess-Stuttgart.

Über Jodintoxikation, von Weber. (*Journal des praticiens.* 1896. No. 50.) — Nach einer sehr ausführlichen Aufzählung der zahlreichen und mannigfaltigen Symptome der akuten und chronischen Jodvergiftung teilt Verf. die Therapie derselben mit: Gegen die Koryza hat sich am meisten bewährt die Sulfanilsäure zu 3,0—4,0 pro die; gegen die Hauterscheinungen häufige Bäder, Abwaschungen mit Lösungen von Kalium permanganicum (0,04 : 1000); gegen die Verdauungsbeschwerden das Natron bicarbonicum und chloricum (5,0—6,0 pro die) und das unterschwefligsaure Natron (0,5 pro die). Das Natron- und Rubidiumsalz wird viel besser vertragen als das Kalium. Von Einfluſs auf das Eintreten von Vergiftungserscheinungen sind die Unreinheit des Präparates und Störungen an Nieren und der Magenfunktionen.

C. Müller-Genf.

Über den Wert der Vasogenpräparate (Pearson), von Dr. Goliner in Erfurt. (*Reichs-Medizinal-Anz.* 1896. No. 23.) G. rühmt namentlich die ausgezeichnete Wirkung der Vasogenpräparate, insbesondere des Jodoformvasogen auf Geschwüre aller Art, namentlich auf chronische Unterschenkelgeschwüre, weil es die Wundflächen schnell reinigt, gesunde Granulationen hervorbringt und schnelle Überhäutung bewirkt.

A. Strauſs-Barmen.

Harnuntersuchungen nach Einreibung mit medikamentösen Vasogenpräparaten, von C. Monheim. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 96.) Verf. konstatierte, daſs nach einer nur einmaligen Einreibung um $10^{3}/_{4}$ Uhr morgens von 5 g 6proc. Jodvasogen auf Brust und Nacken $3^{1}/_{4}$ Stunden später den um 2 Uhr nachmittags gelassenen Urin bereits jodhaltig war; auch in dem um 4 Uhr nachmittags und 8 Uhr abends abgeschiedenen Urinmengen wurde deutliche Jodreaktion beobachtet; dagegen war der später gelassene Urin jodfrei.

Nach zweimaliger Einreibung von 3 proc. Jodoformvasogen (je 10 g im Abstand von 6 Stunden) lieſs sich bereits in dem 2 Stunden nach der ersten Einreibung abgeschiedenen Urin eine schwache Jodreaktion konstatieren, dieselbe war stärker in den späteren Urinausscheidungen, dagegen nur sehr schwach nachweisbar im Harn, welcher 24 Stunden nach der zweiten Einreibung gelassen wurde. Die Untersuchung nach zweimaliger, morgens $9^{1}/_{2}$ Uhr und nachmittags $2^{1}/_{2}$ Uhr stattgefundener Einreibung mit je 10 g 20proc. Kreosotvasogen lieſs die Anwesenheit von Phenolen erkennen, und zwar 4 bis ca. $8^{1}/_{2}$ Stunden nach der ersten Einreibung.

A. Strauſs-Barmen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Cavazzani beschreibt ein sehr **einfaches Urometer,** welches eine Modifikation des Apparates von Damecy darstellt. Es besteht aus einem 15 cm langen Glascylinder von 2 cm Diameter, der sich nach unten hin in ein ca. 5 cm langes, sich bis zu einem Durchmesser von 3 oder 4 mm zuspitzendes und mit einem Hahn versehenes

Ansatzstück verlängert. Oben wird es mit einem Kautschukstöpsel verschlossen, der auf der unteren Fläche an einem Metalldraht ein kleines Cylinderchen von 1—2 ccm Inhalt trägt. Der Apparat wird bis ungefähr zur Hälfte mit unterbromigsaurem Natron gefüllt und zwar bis zur Spitze, in den kleinen Cylinder, der am Stöpsel befestigt ist, wird 1 ccm des zu untersuchenden Urins gebracht und der Stöpsel fest in den Apparat eingefügt, der nun umgedreht und behufs intimer Mischung des Urins mit der Lösung geschüttelt wird. Nachdem man den Apparat einige Zeit ruhig liegengelassen hat, wird der Hahn geöffnet und in einen graduierten Cylinder soviel von der Lösung abfliefsen gelassen, als spontan abgeht. Diese Flüssigkeitsmenge giebt dann das Volumen des entwickelten N und indirekt nach Berechnung die Menge des Harnstoffs an. (*Rif. med.* 1896. No. 127.) *C. Müller-Genf.*

Über ein neues Urometer und seine Anwendung zur Bestimmung des Traubenzuckers im Harn, von Th. Lohnstein. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1896. No. 34.) In seinem Vortrage, der auf dem 17. Balneologen-Kongrefs gehalten, demonstriert Verfasser das von ihm konstruierte neue Urometer, über das in diesen Blättern bereits berichtet ist. Interessant ist seine Mitteilung über die Verwendung desselben zur quantitativen Bestimmung von Eiweifs und Zucker. Über die quantitative Zuckerbestimmung äufsert sich der Verfasser ausführlicher unter dem Hinweis, dafs alle Methoden, die wir bisher üben, für die Praxis entweder zu umständlich oder nicht zuverlässig genug sind. Roberts hat eine Methode angegeben, die darin besteht, dafs man die Differenz des spezifischen Gewichts vor und nach der eingeleiteten Gährung mit einem feststehenden Faktor multipliziert. Es fragt sich nun zunächst, ob der konstante Faktor von Roberts wirklich ein solcher ist. Das kann Verfasser bejahen, da derselbe nur in sehr geringen Grenzen variiert. Für das bisher übliche Verfahren ist er 229, für des Verfassers Methode 234. Die Robertssche Methode hat sich aber dennoch nicht eingeführt, weil die nötige Filtration des hefehaltigen Urins nach der Gährung viel Zeit in Anspruch nimmt und durch die Verdunstung während der Filtration Fehler entstehen. Verfasser bestimmt daher das spezifische Gewicht an dem tüchtig geschüttelten hefehaltigen Urin. Es wird also 60 ccm Urin in einem Cylinderglas mit 3—6 ccm Hefe versetzt, tüchtig umgerührt und dann das spezifische Gewicht mit dem neuen Urometer bestimmt. Dann wird der Urin in einen Kolben gegossen, der vorher mit einigen Kubikcentimetern Harnhefemischung gespült ist, der Kolben mit einem Wattepfropfen geschlossen und dann in 40° Wasser gesetzt. Nach vollendeter Gährung, die sich durch Bildung eines dichten Hefesatzes in der geklärten Flüssigkeit kundgiebt, wird der Hefeurin in den Cylinder gethan, durchgerührt und wiederum das spezifische Gewicht bestimmt.

Der Verfasser zeigt nun an Beispielen die Berechnungsweise und die eventuell gewünschte Berücksichtigung der Temperatur. Durch entsprechend kontrollierende Untersuchungen hat Verfasser sich überzeugt, dafs bis 0,1% Zucker herab die Bestimmung eine sehr genaue ist, zu der nur sein Urometer nötig ist. — In der Diskussion bestätigen Liebreich, Strasser und Fuelles die Brauchbarkeit des Instruments.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Konservirung von Harnsedimenten. Das Prinzip der von Gumprecht (*Centralbl. f. inn. Med.* 1896. No. 30) empfohlenen Methode ist folgendes: Das centrifugierte Sediment wird nach Dekantierung der überstehenden Flüssigkeit in konzentrierter Sublimatlösung gehärtet, auf der Centrifuge ausgewaschen und in Formollösung aufgehoben. Handelt es sich nicht um rote Blutkörperchen, so kann man unter Weglassung der Sublimathärtung das centrifugierte Sediment direkt mit Formollösung übergiefsen und aufschütteln, nur bei stark eiweifsreichen Harnen wäscht man da-

zwischen einmal mit physiologischer Kochsalzlösung (oder Wasser) aus, um nicht von der restierenden Urinflüssigkeit körnige Eiweifsniederschläge zu erhalten. Ebenso müssen uratreiche Harne behufs Lösung der beim Mikroskopieren unbequemen Salzniederschläge einmal oder mehrere Male, eventuell mit leicht erwärmtem Wasser oder konzentrierter Boraxlösung gewaschen werden. Die Einzelheiten der Technik sind folgende:

1. Centrifugieren des Urins vermittelst Handcentrifuge und kugelig endenden Kölbchen, bis sich Sediment bildet; eventuell bei zu spärlichem Sediment mehrmaliges Dekantieren und Nachgiefsen, bis eine kompakte Sedimentschicht erscheint;

2. Abgiefsen der über dem Sediment stehenden klaren Flüssigkeit;

3. Aufgiefsen von Formol (2—10%ig) und energisches Aufschütteln, bis sich das Sediment wieder gleichmäfsig in der Flüssigkeit verteilt hat. Aufbewahren der Flüssigkeit in einem Reagensglas: das Sediment setzt sich dort wie eine Nubecula ab und kann jederzeit aufpipettiert werden;

4. Für Blut kommt zwischen 2. und 3. noch hinzu: Übergiefsen mit konzentrierter wässeriger Sublimatlösung (1 : 20) und sechsmaliges Auswaschen durch Centrifugieren mit Wasser.

G. bewahrt eine Reihe von Sedimenten zum Teil schon ein Jahr auf, ohne dafs das mikroskopische Bild sich bei wiederholten Untersuchungen geändert hätte. Die Zellen behalten ihre Form, werden etwas stärker lichtbrechend; die Kerne der Plattenepithelien werden deutlich sichtbar; alle Kerne lassen sich mit den gewöhnlichen Färbstoffen färben. Die Nierenepithelien, die auf den Cylindern liegen, behalten ihre polygonale Gestalt und etwaige Fetttröpfchen, die Leukocyten ihre Rundung und granulierte Beschaffenheit. Die Cylinder sind tadellos konserviert. Mikroorganismen sind auch ungefärbt gut zu erkennen. Die roten Blutkörperchen sind noch nach einem Jahre gleichmäfsig rund, homogen, doppelt konturiert, leicht grünlich. Die endoglobulären Zeichnungen sind gut erhalten, ja selbst die Zerfallsformen der Erythrocyten, die sog. Fragmentationen, sind sehr schön sichtbar. *H. Einhorn-München.*

In einer Serie von 335 Fällen von **Katarakt** (bei 259 Individuen) hat Fraenkel (*Lyon méd.* 1896. No. 14) verschiedene **Veränderungen des Harnes** konstatiert. So war oft die Urinmenge bedeutend vermindert, die Harnstoffmenge ebenfalls, die Chloride normal oder vermehrt, die Phosphate bald vermehrt, bald vermindert. In 1,16% der Fälle war Glykosurie vorhanden. Ferner wurde beobachtet physiologische, seltener pathologische Albuminurie, ebenso Peptonurie. *C. Müller-Genf.*

Über einen seltenen Fall von Hämaturie (Prostatahämorrhoiden), von Walther Krauss. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 28.) Als Haematuria urethralis bezeichnet Verfasser einen Fall, in dem aus der Urethra Blut rückläufig sich in die Blase ergiefst. (Die Bezeichnung ist nicht korrekt, da nur Blut aus der Pars posterior urethrae in die Blase gelangen kann; es müfste deshalb der Zusatz „posterior" gemacht werden. D. Ref.) Der 58jährige, stets gesunde Patient leidet seit einiger Zeit an starker Hämaturie, deren Sitz mit Wahrscheinlichkeit die Prostata oder der Blasenhals waren. Bei der Sectio alta stellte es sich heraus, dafs Venenerweiterungen in der Pars prostatica die Ursache der Blutungen waren; die eigentliche Blutungsstelle kam nicht zu Gesicht. Es wurden nun parallele Stichelungen mit dem Thermokauter um das Orificium internum herum in die Urethra hinein ausgeführt, dann unter Einlegen eines Drains die Blase genäht. Heilung. — Bemerkenswert ist, dafs keine Hypertrophie der Prostata und keine Analhämorrhoiden bestanden, Leiden, die sich mit Varicen der Prostata gewöhnlich vergesellschaften. Es handelt sich also um einen Fall von reinen Prostatahämorrhoiden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathogenese und Behandlung der Hämoglobinurie, von PLICQUE. (*Presse méd.* April 1896, nach *Morgagni, Riviste*, 25. Juli 1896.) Zwei Drittel der Fälle von Hämoglobinurie beruhen auf Syphilis, jedoch ist bei Einleitung der spezifischen Therapie grofse Vorsicht geboten; ROBIN empfiehlt Injektionen von Hydrargyr. bijod., welchen am zehnten Tage Jodkalium folgt, dessen Tagesdosen von 2 g bis 6 g allmählich gesteigert werden. Bei Malariakranken hypodermatische Chininjektionen in Verbindung mit Eisenpräparaten, hydrotherapeutische Mafsnahmen. Nach ROBIN wird Natr. arsenicos. und benzoic. abwechselungsweise 15 Tage hindurch gegeben. Nach einem Monate Antipyrin 0,5, Natr. bicarb. 0,25 an drei aufeinanderfolgenden Tagen. Nach achttägiger Ruhepause nochmals Arsen. Bei Alkoholismus und Neurasthenie ist Strychnin, bei Rheumatismus Natr. salicyl. zu versuchen. In allen zweifelhaften Fällen ist probeweise die antisyphilitische Therapie anzuraten.

H. Einhorn-München.

FERRIER berichtet über einen mit hochgradigem Ikterus und **Hämoglobinurie** komplizierten Fall von Malaria, der bei bedeutender Temperaturerhöhung (41,8°) rasch zum Exitus führte. (*Lyon méd.* 1896. No. 27.) *C. Müller-Genf.*

Beitrag zur Lehre von der Albumosurie, von B. LEICK. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 2.) Verfasser weist nach, dafs der Begriff der Peptonurie eigentlich keine Berechtigung habe, da die im Urin nachgewiesenen Stoffe nicht Pepton, sondern Albumosen seien. Nachgewiesen wurden diese nach der von SALKOWSKI angegebenen Methode. Eine diagnostische Bedeutung kann man der Albumosurie nicht zuweisen; nur bei Pneumonia fibrinosa scheint sie ziemlich regelmäfsig vorzukommen; ob aber nur kurz vor der Krisis, ist zweifelhaft. *F. Hahn-Bremen.*

Über cyklische Albuminurie, von P. MARIE. (*Sem. méd.* Februar 1896.) Verfasser beschreibt die Erscheinung als eine bei anscheinend ganz gesunden Individuen in intermittierender Weise (nicht zu verwechseln mit der transitorischen Albuminurie) auftretende Albuminurie, die sich regelmäfsig unter gewissen Einflüssen (Nahrungsaufnahme, Erkältungen, aufrechte Stellung, Gemütsaffekte) einstellt. Verfasser hält die cyklische Albuminurie für eine Affektion sui generis und unabhängig von einer Nierenerkrankung und rein funktionell. Ein Fall, den er näher zu untersuchen Gelegenheit hatte, bringt ihn auf den Gedanken, dafs es sich um eine Störung des Sympathicus handle (renale Migräne). Die Therapie (Darreichung von Antipyrin) schien auch diese Ansicht zu bekräftigen. *C. Müller-Genf.*

Hydrothionurie, das Auftreten von Schwefelwasserstoffgas im Urin, von J. F. SCOTT. (*New York med. Journ.* 1. Februar 1896.) Vor drei Jahren hat Verfasser über vier Fälle dieser Art Mitteilung gemacht und schliefst jetzt folgenden weiteren Fall an: Eine 17jährige, farbige I. para war im Hospital an Eklampsie mit starker Albuminurie vor und nach der Geburt erkrankt. Die Geburt verlief sonst normal, und das Kind blieb am Leben. Am fünften Tage post partum waren unverkennbare Mengen von H_2S im Urin nachzuweisen. Nach einigen Ausspülungen der Blase mit schwacher Lösung von Kalium permanganicum trat völlige Heilung ein.

Philippi-Remscheid.

Oxalurie und die Ausscheidung der Oxalsäure im Urin, von J. C. DUNLOP. *Edinburgh med. Journ.* Januar 1896, nach *Centralbl. f. inn. Med.* 1896. No. 31.) Hinsichtlich Häufigkeit der Oxalsäureausscheidung beim Menschen fand D., der mit der Centrifuge arbeitete und die ROCHEsche Probe, Zusatz von Alkohol zum Urin zur Ausfällung der oxalsauren Kalkkrystalle, benutzte, dafs diese Säure ein normaler und

konstanter Bestandteil des Urins aller von gemischter Kost Lebenden ist. Einen spontanen Niederschlag der oktoedrischen Krystalle ihrer Calciumverbindung — die irrtümlich dazu gerechneten hantelförmigen Krystallbildungen sind kohlensaurer Kalk — konstatierte D. in 35% der untersuchten Urine gegenüber 28—57% bei anderen Autoren. Dafs nicht jeder Harn oxalsauren Kalk ausfallen läfst, wiewohl er in der Norm stets Oxalsäure und Kalk enthält, mag auf Gegenwart von saurem phosphorsaurem Natrium, das eine solche Präzipitation verhindert, oder anderer Lösungsmittel beruhen; sicher ist, dafs Schwankungen in der Menge des Kalkes keinen Einfluſs auf den Niederschlag haben, während nach D. im Gegensatz zu Fürbringer eine übermäfsige Oxalsäureexkretion eine Veranlassung, und zwar die wichtigste, zur Bildung von Niederschlägen ist. Die in den Nahrungsmitteln enthaltene Oxalsäure ist die alleinige Quelle der Oxalsäure im Urin; bei Patienten, welche eine oxalsäurefreie Diät, reine Milchkost, genieſsen, wird nach einiger Zeit die Oxalsäureausscheidung aufgehoben, während schon der Genuſs des oxalsäurehaltigen Thees die Säure wieder im Harne auftreten läfst. Die sehr schwankende tägliche Menge der eliminierten Oxalsäure beträgt nach 35 Untersuchungen zwischen 0,01—0,025, im Mittel 0,0172 g. D. eruierte 2 Faktoren für diese Variationen, einmal die Menge der per os aufgenommenen Oxalsäure und dann den Säuregrad des Mageninhaltes; Zufuhr von Salzsäure und Milchsäure erhöhen die Oxalsäureausscheidung.

Das klinische Bild der Oxalurie (Bergbie) umfafst neben den Urinveränderungen nervöse Symptome, die wohl sekundär zur Dyspepsie treten, sicher nicht auf Anhäufung von Oxalsäure im Körper zurückzuführen sind, Schmerzen in Kopf, Magen und Lumbalgegend, welch' letztere wohl auf mechanische Reizung des Nierenbeckens und Ureters durch Krystalle zu beziehen sind und als konstantes und wichtigstes Symptom die Dyspepsie. Dieselbe ist in manchen Punkten der Dyspepsie acide zu vergleichen; in beiden Formen wirken rein animale Kost, sowie Säuren vor oder Alkalien nach den Mahlzeiten heilend. Die Schlufsfolgerung D.s ist, dafs die Oxalurie keine pathologische Einheit und der Befund von Oxalaten im Harne ohne diagnostische Bedeutung ist.

Demgegenüber hält Graham Brown daran fest, dafs die Oxalurie ein fester klinischer Begriff ist, einmal wegen des charakteristischen Symptomenkomplexes, dann wegen der Beobachtung, dafs bei demselben Kranken Diabetes und Oxalurie abwechselten, und weil nach neueren Autoren eine Behinderung der Respiration bei Thieren (Hunden) prompt von einem starken Anstieg des Oxalatgehaltes des Urins gefolgt war; wenn die Hunde sich an die erschwerte Athmung gewöhnt hatten, sank die Oxalsäureexkretion wieder ab.

Gillepsie betont, dafs möglicherweise noch andere Quellen der Oxalsäureabgabe als die eine von D. genannte in Betracht kommen. Er weist auf die Thatsache hin, dafs Oxalurie in Italien, wo sehr viel Vegetabilien genossen werden, häufig ist, selten in Deutschland, häufiger in Amerika (Osler). Eine stark vegetabilische Kost läfst in Magen und Darm viel stärkere Fermentationen eintreten, als Fleischnahrung. Auch Albu hat Oxalurie auf intenstinale Gährungen bezogen, als eine Form von Autointoxikation beschrieben. Oxalsäure kann sich leicht im Darm bilden, z. B. aus Zucker mit Säuren.

James bemerkt hierzu, dafs auch bei den in den Geweben sich abspielenden Stoffwechselvorgängen Oxalsäure leicht zu entstehen vermag. Eventuell ist für die von D. erwähnte Folge strikter Milchdiät nur die gleichzeitige Regelung der Verdauung verantwortlich zu machen.

Leith erwähnt, dafs Phthisiker und andere Kranke mit unvollständiger Assimilation eine sehr erhöhte Oxalsäurequantität ausscheiden sollen, ohne dafs dadurch

Nachteile bei ihnen ersichtlich wären, — eine Beobachtung, die aber nach D. von CANTANI bereits als unrichtig befunden ist. *H. Einhorn-München.*

Die Oxalurie, von N. DE DOMINICIS. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 18—20.) Verfasser giebt einen Abrifs der Lehre von der Oxalurie unter Berücksichtigung der gar nicht kleinen Litteratur. Betreffs der Auffassung der Oxalurie als selbständiges Leiden steht fest:

1. dafs Oxalurie bei den verschiedensten Krankheitsformen vorkommen kann; häufig ist sie bei Dyspepsie und Erkrankungen des Zentralnervensystems;

2. dafs Oxalurie nach Genufs gewisser Substanzen ohne Stoffwechselstörung auftreten kann;

3. dafs Oxalurie besonders oft auf Genufs von Kohlenhydraten folgt; bei absoluter Fleischkost ist sie sehr selten und auch hier ist sie auf die Kohlenhydrate des Fleisches zurückzuführen;

4. dafs auf Darreichung von oxalsaurem Kalk und harnsaurem Ammonium keine Vermehrung der Oxalsäure einzutreten braucht;

5. dafs Oxalsäure auftritt bei Hunden, deren Thyreoidea exstirpiert ist oder deren Nerven gereizt sind;

6. dafs Oxalsäure nicht immer mit dem ihr zugeschriebenen Symptomenkomplex auftritt. Schwere funktionelle oder anatomische Magenstörungen bedingen nicht häufig Oxalurie.

Verfasser will die Oxalurie nicht als eigene Krankheit anerkennen, stellt dieselbe in Parallele mit der Glykosurie. Die Oxalurie ist ein Symptom, welches durch die verschiedensten Grundleiden hervorgerufen werden und auch auf angeborener Disposition beruhen kann. Von einer eigentlichen pathologischen Anatomie der Oxalurie kann man nicht sprechen, beachtenswert sind die Ablagerungen von Oxalaten, die Obturation kleinster Kapillaren durch dieselbe. Dadurch können Neurosen, reaktive Entzündungen, Blutungen, Embolien entstehen. Darm-, Blasen-, Nieren-, Lungenblutungen sind beobachtet. Manche Hautaffektion beruht vielleicht auf Oxalsäureablagerungen, so Abscesse, Furunkel, Psoriasis, Akne, Urticaria etc. Die Verstopfung der Nierenkanälchen bewirkt Nephritis, Pyelitis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis der Ausscheidung von Fibrin und fibrinartigen Gerinnseln, von ARTHUR KLEIN. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 31.)

1. Fibrinurie.

Das Vorkommen von Fibrinmassen im Harne ohne Vorhandensein von Krupp, Diphtherie, Tuberkulose der Harnwege oder von Hämaturie resp. Chylurie gehört zu den gröfsten Seltenheiten. Einen Fall hat der Verfasser beobachtet. In der Litteratur finden sich aufserdem nur noch vier Beobachtungen von SENATOR, BAUMÜLLER und v. JAKSCH, welche der Verfasser wiedergiebt. Sein Fall betrifft einen ödematösen Nephritiker, der, durch heifse Bäder bereits gebessert, durch Wochen hindurch im frisch entleerten, schwach alkalischen Urin eine grofse Menge weifser oder weifslichgrauer Gerinnsel zeigt von 1—10 cm langen und bis zu 5 cm (mm? D. Ref.) dicken, spulrunden oder abgeplatteten Stücken. Daneben bildet sich im stehenden Harne ein Netz feinster Fäden, so dafs der Harn spontan wie eine seröse Flüssigkeit gerinnt. Im Laufe der bisher fieberlosen Erkrankung traten dann mehrere Schüttelfröste auf. Die chemische Untersuchung ergab mit Sicherheit, dafs es sich um Fibringerinnsel handelte. Auffallend war nur, dafs beim Stehen im Harne sich die Gerinnsel in 5—10 Stunden wieder vollkommen auflösten. Jedoch liefs sich experimentell nachweisen, dafs frisches Blutfibrin sich stets im Urin bei längerem Stehen auflöste, ebenso wie in Chloroformwasser. Auffallend ist in diesem Falle gegenüber den anderen das lange Anhalten

der Fibrinurie, die sonst nur durch 1—5 Tage beobachtet werden konnte. Sicher stammt das Fibrin in diesem Falle aus der Niere. Die Ausscheidung desselben scheint gebunden an die alkalische Reaktion. Von Bedeutung scheinen auch zu sein der hohe Albumingehalt, die starke Verminderung der Phosphate, die sicher festgestellt werden kann, und vielleicht die Temperaturerhöhung. Der Patient starb später. Die Obduktion ergab: Atrophia renum cum degeneratione amyloidea. Hypertrophia cordis excentrica. Pericarditis fibrinosa acuta, Tuberculosis chronica obsoleta apicis pulmonum. Ulcera tuberculosa ilei. Struma permagna. Oedema cerebri et pulmonum. In wieweit die gefundene amyloide Degeneration von Bedeutung war für die Fibrinurie, ist nicht zu entscheiden.

II. Fibrinartige Gerinnselmassen im Harne bei Cystitis.

Ein an Cystitis leidender Patient entleerte eines Tages einen Harn, der eine grofse Menge grauweifser Gerinnsel enthält, die den oben geschilderten vollkommen glichen. Der Harn reagierte sauer, enthält Eiweifsspuren. Die genaue Untersuchung des Urins ergiebt, dafs die Gerinnsel aus Nucleoalbumin bestanden, welches von einer Mucinhülle umgeben war. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Nachweis von Pepton im Harne, von E. Robitschek. (*Prag. med. Wochenschr.* 1896. No. 11.) Verfasser hat die von Salkowsky angegebene Methode des Nachweises von Pepton im Harn nachgeprüft. Die Methode ist rasch und leicht auszuführen: Der Harn wird mit Salzsäure angesäuert und mit Phosphorwolframsäure gefüllt und erwärmt. Den harzigen Niederschlag löst man in Wasser unter Zusatz von Natronlauge, die anfangs tiefblaue Lösung wird beim Erwärmen entfärbt. Nun kühlt man ab und setzt tropfenweise Kupfersulfatlösung hinzu; bei Gegenwart von Pepton tritt lebhafte Rotfärbung ein. In 25 Fällen gab die Methode dieselben Resultate, wie die genaue Methode von Hoffmeister, und zwar gab sie auch noch dreimal positives Resultat, wo die Methode von Devoto versagte. Sie ist demnach, besonders wegen ihrer leichten Ausführbarkeit, sehr brauchbar.

F. Hahn - Bremen.

Über die Ausscheidungen im Urine während des akuten Gichtanfalls, mit besonderer Berücksichtigung der Harnsäure, von Emil Pfeiffer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 15.) Garrod fand mittels der Heintzschen Methode, dafs während des Gichtanfalls die Harnsäureausscheidung erheblich vermindert ist. Verfasser hat die Richtigkeit dieser Behauptung unter Benutzung der Methode von Salkowski von neuem geprüft und dabei die ausgeschiedenen Mengen während des Anfalles und aufserhalb desselben verglichen. Bemerkenswert ist, dafs der Harn Gichtkranker spezifisch auffallend leichter und ärmer an Harnsäure und Harnstoff ist, als der normale Harn. Die Harnsäure ist aufserhalb der Anfälle bei Gichtkranken im freien Zustande im Urin enthalten. Während des Anfalles ist der Urin vermehrt, das spezifische Gewicht erhöht, der Säuregehalt gesteigert. Ganz im Gegensatz zu Garrod findet Verfasser die Harnsäuremenge während des Anfalls ausnahmslos gröfser, als aufserhalb desselben. Es kann also nur eine Harnsäurefluth, keine Harnsäurestauung vorliegen. Der Harnstoff ist auch vermehrt, aber nicht immer in demselben Verhältnis. Diese Befunde verwertet der Verfasser für seine Theorie, dafs während der Anfälle die an den Gelenken deponierte Harnsäure aufgelöst und verflüssigt wird und sich doppelt harnsaures Natron bildet, welches Schmerz erzeugt. Die Bildung dieses Salzes wird begünstigt durch alkalische Beschaffenheit der Säfte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Ursachen der Unwirksamkeit verschiedener gegen harnsaure Diathese empfohlener Mittel, von C. Mordhorst. (*Therap. Monatsh.* April 1896.) Verfasser

erörtert die Gründe, weshalb die zahlreichen neueren Gichtmittel (Piperacin, Lysidin etc.) von keiner Wirkung sind und findet dieselben in der ungenügenden Konzentration, der schnellen Ausscheidung, der Verbrennung, der Bildung neuer Verbindungen unter Einfluſs von Kochsalz etc. Sodann geht Verfasser ein auf die Bedeutung der alkalischen Blutbeschaffenheit, die bei der Gicht herabgesetzt ist. Um die Alkalescenz des Blutes zu erhöhen bedarf es der Darreichung des Natrons in Verbindung mit Kochsalz und geringen Kalkmengen. Diese Mischung bietet in geeignetester Form das Wiesbadener Gichtwasser. Zu diesem Aufsatz macht Liebreich eine Bemerkung, welche es rügt, daſs der Verfasser von den negativen Ergebnissen vorurteilsfreier Prüfungen des Piperacin, Lysidin etc. spricht. (Die Ausführungen von M. stehen in direktem Widerspruch mit denen von Pfeiffer. Wer Recht hat, das wird die Wissenschaft schon herausfinden. Für den unparteiischen Leser sind aber manche der neueren Gichtarbeiten insofern doch etwas peinlich, als es oft den Anschein erweckt, daſs wissenschaftliche Hypothesen zu Gunsten eines „sicher“ wirkenden Mittels etwas zugestutzt werden. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Bedingungen für die Entstehung harnsaurer Sedimente, von Mordhorst. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 11.) Die ausführliche Arbeit erscheint hauptsächlich als eine Entgegnung auf den unter gleicher Überschrift in No. 18, 1895, der *Münch. med. Wochenschr.* erschienenen Aufsatz Ritters. Mordhorst giebt zu, daſs das Überwiegen des Mononatriumphosphats über das Dinatriumphosphat oder die hohe Acidität den gröſsten Einfluſs auf das Ausfallen der Harnsäure im Harne habe, aber es giebt nach ihm noch andere Faktoren. Diese seien der Reihe nach niedriger Quotient $\frac{\text{Harnstoff}}{\text{Harnsäure}}\left(\frac{U+}{U-}\right)$, ferner konzentrierter Harn, Abkühlung des Harns. Faktoren, die die Zersetzung der Urate in Harnsäure und Natrium befördern, seien: 1. hohe Acidität, 2. niedriger Quotient $\frac{\text{Harnstoff}}{\text{Harnsäure}}\left(\frac{U+}{U-}\right)$, 3. nicht konzentrierter Urin, 4. wenig neutrale Salze, 5. wenig Pigment. Ein Ausfallen von Uraten und Harnsäure in alkalischen Harnen sei eine Unmöglichkeit, wenigstens habe er dies nie beobachtet.

Über die sonstigen Versuche des Verfassers und die von ihm sodann gezogenen Folgerungen sei hiermit auf das Original verwiesen. *Neuhaus-München.*

Über die diuretische Wirkung des Harnstoffs, von Wilhelm Friedrich. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 17.) Klemperer hat jüngst auf Grund der Versuche von v. Mering und Rüdel den Harnstoff als Diuretikum empfohlen. Der Verfasser weist nun darauf hin, daſs er bereits 1892 auf Grund von Experimenten auf die diuretische Wirkung des Harnstoffs hingewiesen und die Verwendung desselben bei mangelhafter Diurese und normaler Niere empfohlen habe. Versuche am Krankenbette hat er nur wenige gemacht, zwei Fälle von Leberleiden berichtet er. In beiden ist trotz zaghafter Dosierung eine Wirkung deutlich nachweisbar gewesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Linossier beschreibt folgende Methode zur **Bestimmung des Harnstoffs im Urin.** In eine weithalsige, ca. 100,0 fassende Flasche mit einem Kautschukstöpsel, in welchem ein kupferner Hahn befestigt ist, werden 35 ccm einer Lösung von unterbromigsaurem Natron gebracht. Ferner kommt in diese Flasche ein dickwandiges, cylindrisches, 2,5 des zu untersuchenden Harns enthaltendes Glasgefäſschen in der Weise, daſs zunächst der Urin sich mit der Bromlauge nicht vermischen kann. Dann wird die Flasche verstöpselt, der Hahn geschlossen und die beiden Flüssigkeiten

unter vorsichtigem Schütteln vermischt. Nun wird die Flasche umgestürzt und in der Weise über einen graduierten, ca. 50,0 fassenden Glascylinder gehalten, dafs sich der entwickelte Stickstoff in das Wasser ergiefst und derart eine entsprechende Menge desselben verdrängt. Jeder Kubikzentimeter der verdrängten Wassermenge giebt in Grammen die Quantität Harnstoff pro Liter Urin an. (*Lyon méd.* 1896. No. 29.)

C. Müller-Genf.

Die Frühdiagnose der descendierenden Tuberkulose des uropoëtischen Systems, von Willy Meyer. (*New Yorker med. Wochenschr.* 1896. No. 6.) Die descendierende Tuberkulose ist stets einseitig, ihre frühzeitige Erkennung von allergröfster Wichtigkeit. Dazu bedarf es einer genauen Untersuchung auf Tuberkelbacillen, eventuell nach vorheriger Injektion einer ordentlichen Dosis Tuberkulin, und vor allem des Cystoskops, besonders des Ureterencystoskops. Als in hohem Mafse charakteristisch für Nierentuberkulose beschreibt der Verfasser folgendes cystoskopische Bild. Der Rand der Ureterenmündung auf der erkrankten Seite ist deutlich injiziert, von ihm zum leicht geröteten Trigonum sieht man etappenförmig eine Reihe entzündeter, umschriebener Stellen der Blasenschleimhaut, absolut normale zwischen sich lassend. Der Verfasser vergleicht dieselben mit den Spuren von Fufsstapfen im frisch gefallenen Schnee. Es sind die ersten Fufsstapfen des Feindes in vorher unberührtem Gebiete. Nur die einseitige, primäre Nierentuberkulose giebt solch' ein Bild.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bruni beschreibt zwei Fälle, welche den **Wert der Cystoskopie zur Feststellung der Frühdiagnose bei Nierentumoren** klarlegen. In beiden Fällen handelte es sich um hartnäckige Hämaturie, welche einen Blasentumor vortäuschten. Der eine der beiden Patienten war früher wegen eines Blasenepithelioms operiert worden. Die Cystoskopie ergab aber, dafs die Blase vollständig frei von Recidiv war und normal aussah, dafs aber die Blutungen aus dem einen Ureter kamen und dafs es sich um einen Nierenkrebs handeln mufste. Auch bei der zweiten Patientin, einem 16jährigen Mädchen, sah die Blasenschleimhaut normal aus, dagegen quoll auch hier bei jedem Drucke auf die eine Nierengegend reichlich Blut aus der Uretermündung. Die abgetragene Niere der betreffenden Seite erwies sich als von Tuberkeln durchsetzt. (*Rif. med.* 1896. No. 113.) *C. Müller-Genf.*

Ein verirrter Ureter, von W. H. Maxson. (*Med. News.* 21. März 1896.) In dem vorliegenden, sehr bemerkenswerten Falle handelte es sich um eine 22jährige, sonst durchaus gesunde Patientin, welche, solange sie denken kann, an stetigem Absickern des Urins gelitten hatte und alle denkbaren Behandlungsmethoden ohne Erfolg durchgemacht hatte. Wegen gleichzeitiger Dysmenorrhoe wurde eine Untersuchung in Narkose vorgenommen, und nun stellte es sich heraus, dafs der linke Ureter aufserhalb des Sphincter vesicae in den Meatus urinarius externus mündete. Der Ureter wurde von der Vagina aus freigelegt, die Blase an einer geeigneten Stelle incidiert, das freigelegte, etwas abgekürzte Ureterende eingeführt und festgelegt. Die Heilung war nach vier Wochen eine vollständige und kann jetzt, zwei Jahre nach der Operation, als definitiv betrachtet werden. *Philippi-Remscheid.*

Neue Beobachtungen von Ureterenimplantation in die Flexura romana bei Ectopia vesicae, von Maydl. (*Wien. med. Wochensch.* 1896. No. 28.) Verfasser berichtet über drei neue Fälle, in denen er die Ureteren wegen Ektopie in das Kolon implantierte. Von diesen Fällen starb einer, wahrscheinlich an den Folgen protrahierter Narkose; die anderen genasen. Die Mictio rectalis ging bei ihnen anstandslos von statten, nach Monaten war keine Komplikation, keine Nierenaffektion aufgetreten.

Der Verfasser geht so vor, dafs er den Ureter samt einem ellipsenförmigen Stück der Blasenschleimhaut loslöst und in die Flexur einnäht. An dieser Stelle, wo meist feste Kothmassen liegen, ist die Gefahr der zur Niere aufsteigenden Infektion die geringste. Die implantierte Blasenwand heilt in die Rektalwand gut ein, das Epithel pafst sich dem Darmepithel gut an. Der implantierte Ureter wird gut ernährt, wofern man nur die Arteria umbilicalis nicht bei der Excision verletzt. Zum Schlufs bespricht Verfasser kurz die Ureterenoperationen im allgemeinen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall früher physischer Entwickelung eines 6½jährigen Mädchens, von Wladimirow. Bei dem Kinde waren die äufseren Geschlechtsorgane und die Brüste so entwickelt, wie bei einem 15—16jährigen Mädchen. Blutungen waren auch schon eingetreten. (*Med. Rundsch.* 1896. No. 10.)

J. Grünberg-St. Petersburg.

Müller-St. Fiden berichtet über einen Fall von **Atresia hymenalis congenita,** welche zu hochgradiger, eine Gravidität vortäuschende Hämatometra und Hämatocolpos geführt hat. Die Dicke des Hymens betrug 3 mm. (*Correspondenzbl. f. schweis. Ärzte.* 1896. No. 14.) *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Spontanheilung einer Blasen-Scheidenfistel, nebst Zusammenstellung von 235 spontangeheilten Harn-Genital-Darmfisteln des Weibes, von Boden. (Inaug.-Dissert. Würzburg. 1895. Verlag von M. Voigt, Leipzig.) Verfasser beschreibt eine Patientin aus Schultzes Jenenser Klinik, die im Anschlufs an ihre erste Entbindung (Zange) eine Blasenscheidenfistel davontrug, die nach ca. vier Monaten spontan ausgeheilt war. Verfasser hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die spontangeheilten Fälle aus der Litteratur zusammenzustellen, und da er 235 fand, so scheint die Sache doch nicht allzu selten vorzukommen.

F. Hahn-Bremen.

Haematocele para-vaginalis im Gefolge der Punktion einer Hydrocele, von Lemichez. (Nach *Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1896. No. 1.) Ein 30jähriger Mann war wegen unzweifelhafter Hydrocele punktiert worden, wobei etwa 1200 g hellgelber Flüssigkeit entleert wurden. Hierauf begab er sich zu Fufs nach Hause (1½ Kilometer weit). Auffälligerweise erlitt er vom Momente des Einstiches an mehrere Stunden lang einen lebhaften Schmerz, wurde viermal ohnmächtig, ferner trat durch die Trokartwunde eine bedeutende, schwer stillbare Blutung ein. Der Patient begab sich zu Bett, bemerkte jedoch zu seiner Überraschung, dafs sein Hodensack rasch anschwoll und schwärzlich sich verfärbte. Dies nahm zu, weshalb er sich ins Spital bringen liefs. Daselbst konstatierte man am Tage nach der Punktion eine ungeheure Vergröfserung des Hodensacks: 47 cm Umfang, 16 cm Höhe, 13 cm Breite. Die schwärzliche Verfärbung erstreckt sich bis zum unteren Teil des Bauches, der oberen Partie der inneren Oberschenkelfläche und bis auf die Haut des Penis. Die Betastung ergab, dafs die Hodensackshüllen der Sitz einer beträchtlichen blutigen Infiltration sind, welche die Betastung der darunter liegenden Organe behindert. 30 Stunden nach der Punktion konstatiert Prof. Duret aufser der wandständigen Infiltrations-Hämatocele im Inneren des Hodensacks noch zwei Taschen; die eine an der unteren und hinteren Partie der rechten Hälfte gelegen, schliefst den Hoden ein und wird gebildet von der diesbezüglichen Vaginalis, welche entweder die restige Hydrocelenflüssigkeit oder Blut enthält. Die andere gröfsere Tasche liegt zur erstgenannten im Verhältnis vorn und oben, hebt sich deutlich von ihr ab und verlängert sich bis zur äufseren Öffnung des Leistenkanals.

Mit Rücksicht auf das jähe Erscheinen dieser letzten Tasche, ihre oberflächliche Fluktuation oder vielmehr ihre Resistenz, ihre Abgrenzung vom Hoden, wurde die Diagnose: Haematocele para-vaginalis gestellt. Unter Hochlagerung des Scrotum, Überschlägen schwand die wandständige Hämatocele, dagegen veränderte die Haematocele para-vaginalis ihren Umfang nicht. Es wurde daher, 9 Tage nach der Punktion, die operative Beseitigung derselben versucht. Die Incision durch die Hüllen bis zum Cremaster entleerte zunächst 500 g geronnenes Blut, die Vaginalis wurde ebenfalls incidiert, von (100 g) flüssigem Blute befreit und so vernäht, daſs doch noch eine tunica vaginalis verblieb.

Im Verlaufe der Operation stellte es sich heraus, wie eigentlich die dreifache Hämatocele zu stande kam. Es besaſs nämlich der Hoden eine verkehrte Lage, befand sich statt unten und hinten von der Hydrocele vorn und unten von derselben. Der Trokart war schief von vorn nach hinten und von unten nach oben zu eingedrungen und hatte den Kopf des Nebenhodens gestreift, wobei eines seiner Gefäſse verletzt wurde. Daher die lebhaften Schmerzen im Momente der Punktion und der nachfolgende Bluterguſs. Nach der Operation trat eine lebhafte Infiltration der Hodensackshüllen ein, die aber bald schwand. Heilung 15 Tage nach der Operation.

Neuhaus-München.

Über Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen, auf Grund von Beobachtungen beim weiblichen Geschlecht, von Isidor Fischer. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 24.) Die häufigste Ursache der erworbenen Genitalatrophie ist die Tuberkulose; von 20 tuberkulösen Frauen zeigten 16 atrophische Veränderungen, ohne daſs direkte Beziehungen zu etwa vorhandenem Fieber oder zum allgemeinen Ernährungszustande vorhanden wären. Die Atrophie betrifft Ovarien, Corpus und Collum uteri. Gravidität kann doch eintreten. Wahrscheinlich ist die Atrophie eine toxische, ebenso wie diejenige beim Morphinismus, bei Diabetes mellitus. — Ätiologisch wichtig sind ferner Infektionskrankheiten auf dem Wege von Entzündungen, Hämorrhagien oder Intoxikationen. Nervenkrankheiten können auch Genitalatrophie erzeugen, ebenso Chlorose und Adipositas nimia. Auch durch Morbus Addisonii und durch Druck eines Darmkonvolutes ist Atrophie erzeugt worden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine 28jährige Patientin mit **Kraurosis vulvae** stellt Is. Neumann vor. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 12.) Das klinische Bild ist das bekannte. Das Mikroskop ergiebt: Die Hornschicht bildet bandartige, wellenförmig verlaufende Streifen; Kerne auch in der untersten Schicht kaum erkennbar; Oehlsche Schicht nicht zu sehen. Körnerschicht erhalten, Stachelschicht besonders deutlich entwickelt. Cutisgewebe dicht verfilzt mit zahlreichen Kernwucherungen; Papillarschicht erhalten, die Papillen stellenweise verlängert, gewuchert ohne deutliche Gefäſsschlingen. Die Gefäſse stellenweise von Wucherungen eingeschlossen, Wucherung des Endothels. Der Befund spricht für Verdickung des Epithels, Rarefizierung der Gefäſse, Schrumpfung der Cutisgewebe. Es ist eine offene Frage, inwieweit äuſsere Einflüsse, Blennorrhoe, Masturbation, Ekzeme die Ursache der Kraurosis bilden. Mit der senilen Atrophie und der Sklerodermie zeigt der Prozeſs keine Verwandtschaft.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Abortivbehandlung des Trippers, von A. Lyons. (*Ann. des mal. des org. gén.-ur*, 1896. No. 4.) Die Methode des Verfassers besteht darin, dafs er nach Konstatierung der Gonokokken mittelst Spritze 3,75 g einer 4%igen Höllensteinlösung in die Harnröhre einspritzt, eventuell nach 24 Stunden das gleiche Quantum einer 2%igen Höllensteinlösung, eine dritte Injektion von 1%iger Arg. nitr.-Lösung wäre noch zu versuchen, wurde von ihm aber nicht benutzt. Blieben dann noch Gonokokken nachweisbar, solle man von der abortiven Methode abstehen. Unter 15 nicht ausgewählten Fällen hätte er 10 Mal in einem Zeitraum von einem bis zu sechs Tagen Heilung (?) erzielt, keine ernstliche Komplikation sei dazu getreten.

Neuhaus-München.

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe des Mannes, von Cassine. (*Rev. intern. de méd. et de chir.* Januar 1896.) Verfasser skizziert nacheinander: 1. die neue Methode der Ausspülungen mit Kalium permanganicum und 2. die alte, methodische Behandlung mit Balsamicis und Injektionen. Er ist der Ansicht, dafs beide ihren Wert haben, und dafs man nicht grundsätzlich die eine empfehlen und die andere widerraten könne. Zur Bestimmung des Zeitpunktes der definitiven Heilung empfiehlt Verfasser die künstliche Erzeugung einer chemischen Entzündung: Am Abend werden einige Tropfen einer 1%igen Argent. nitric.-Lösung in die Urethra geträufelt und am darauf folgenden Morgen der in der Harnröhre gebildete Eitertropfen auf Gonokokken untersucht. Fehlen diese vollständig, so ist die Entzündung als eine rein chemische und die Heilung als eingetreten zu betrachten. (Nach *Giorn. intern. delle scin. med.* 1896. No. 6.) *C. Müller-Genf.*

Über die Therapie der Blennorrhoe nach Janets Methode, von Bukovsky. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 26.) Die Prüfung der Janetschen Blennorrhoebehandlung an 21 Kranken, worunter 19 ganz akut erkrankte, auf der Janovskischen Klinik führte den Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Ein vollständiges Verschwinden der Gonokokken wurde in keinem Falle konstatiert, selbst wo 29 Injektionen gemacht waren.

2. Die eiterige Sekretion vermindert sich zwar, eine seröse Infiltration, wie sie Janet schildert, zu erzielen, ist nicht gelungen.

Infolgedessen kann Verfasser die günstigen Ergebnisse Janets in keiner Weise bestätigen. Als Nebenwirkung wurde einmal eine periurethrale Entzündung beobachtet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Kalium permanganat-Irrigationen bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe, von G. K. Swinburne. (*Amer. med. surg.-bull.* 1896. No. 5.) Die Janetsche Methode wurde angewandt in über 1000 Fällen akuter und chronischer Blennorrhoe, in weiteren 150 Fällen, die bereits mit akuter Epididymitis in Behandlung kamen, und in über 100 Fällen von gleichzeitiger Spermatocystitis. Von den 1000 Fällen acquirierten, so weit dies Verfasser bekannt ist, nur 4 eine Epididymitis und von diesen fällt die Komplikation nur einmal der Behandlung zur Last. Bei der Prüfung des Wertes einer neuen Methode kommen nach S. ganz besonders die Erfolge bei den erstmaligen, akuten Blennorrhoen in Betracht und S. giebt deshalb einen genaueren Bericht über 40 solcher Fälle. Von diesen wurden 21 geheilt, in 50% folgte eine Urethritis posterior; die mittlere Behandlungsdauer betrug 25 Tage. Die Erfolge sind günstiger wie bei den anderen Behandlungsmethoden. Als Vorzüge werden angegeben: Rasche, beträchtliche Verminderung der Sekretion, Abkürzung des Krankheitsverlaufes, Fehlen von wesentlichen Beschwerden. Selteneres Auftreten

von Urethritis posterior, Strikturen, Epididymitis und Sekundärinfektion der Schleimhaut durch andere Mikrobien.

Die Irrigationen wurden stets vom Arzte gemacht und zwar nur einmal täglich mit 1/4 l Flüssigkeit, deren Temperatur allmählich gesteigert wurde. Die Urethra posterior wurde nur in Fällen ausgespült, bei welchen die Beteiligung derselben an dem Entzündungsprozesse anzunehmen war, ferner stets wenn die Erkrankung schon über 3 Wochen bestand, und wenn schon frühere Attaquen vorausgegangen waren.

H. Einhorn-München.

Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Airol, von F. Leguen und L. Lévy-Paris. (*Therap. Wochenschr.* 1896. No. 9.) Bei drei Kranken mit chronischer Urethritis und zwei mit akuter Blennorrhoe wurden nach vorausgeschickter Auswaschung der Harnröhre mit einer Borsäurelösung in die vordere Urethra 10 ccm einer Airolglycerinemulsion auf zweimal injiciert. (℞ Airol 2,0, Aq. dest. 5,0, Glycerin 15,0). Die zur Heilung erforderliche Anzahl der Injektionen betrug nur 3—5. Schon nach den ersten beiden nahm der Ausfluſs ab, die Harnentleerung wurde weniger schmerzhaft und die nächtlichen Erektionen weniger heftig. Nach 3, 4, 5 Tagen war der Ausfluſs gänzlich geschwunden.

Die Urethritis posterior hatte in dem einen Falle bereits 3 Monate, in dem anderen 2 Monate und im dritten 5 Wochen bestanden und war durch Injektion anderer Substanzen erfolglos behandelt worden. *H. Einhorn-München.*

Zur Frage der radikalen Behandlung der chronischen Blennorrhoe beim Manne, von N. Preiss. Autor vertritt die Ansicht, daſs einem jeden Tripper eine Verengerung der Urethra folgt, die den chronischen Zustand der Affektion aufhält; daraus folgt, daſs bei der Behandlung der chronischen Blennorrhoe vor allem die Striktur gehoben werden muſs, wozu Preiss die Beniquéschen Sonden (täglich für 3—5 Minuten in die Harnröhre eingeführt) verwendet. Der Unterschied in den Durchmessern muſs ein geringer sein, so daſs Autor statt den 30 Nummern Charrière 70 Nummern einführt, mit einer Differenz von 1/3—1/6—1/9 mm im Durchmesser. Bei der Einführung dieser Sonden, die die Kranken sehr gut vertragen, findet nicht die geringste Reizung der Harnröhre statt. Ist die Striktur zu stark, so muſs der Sondenbehandlung ein operativer Eingriff vorangehen; auch kann bei geringer Weite des Orificium externum eine Urethrotomia externa angezeigt sein. Hält trotz der Sondierung der Ausfluſs an, so führt Autor in besonderen, mit 4 Aushöhlungen versehenen Sonden in die Urethra folgende Salbe ein: ℞ Lanol. anhydr. 10,0, Cerae albae 2,0, Argent. nitr. 0,5—0,15; oder Ungt. tannic. (0,06—4,0 : 60,0) oder Ungt. mercur. praecip. rubr. (0,06—5,0) oder dergl. In solchen Fällen befriedigten Autor auch Sozojodolzink-Injektionen (0,75—200,0), Cadm. salicyl. (0,06—30,0), Ac. citr. (1 : 100) u. s. w. Innerlich wendet er zugleich Balsamica an und Wasser Essentucki No. 4, Salvator etc. Anämie wird berücksichtigt und behandelt. Die Sondenbehandlung muſs unter allen aseptischen Kautelen 1—2—4 Monate dauern. Von 917 Fällen sah Autor in 788 völlige Heilung des chron. Trippers. Einem Wiederauftreten der Striktur muſs durch Wiederholung der Sondenbehandlung vorgebeugt werden. (*Medicyna.* 1896. No. 6—7.) *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Über die diffuse blennorrhoische Peritonitis, von P. Bröse. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 35.) Die Arbeiten von Noeggerath und Wertheim haben gezeigt, daſs ohne Mischinfektion, lediglich durch Gonokokken eine Peritonitis entstehen kann. Menge und Veit haben dann diffuse Peritonitis infolge von Blennorrhoe beim Weibe beobachtet, die unter stürmischen Erscheinungen in der späteren Zeit des Wochenbetts auftrat.

Zwei neue Fälle von blennorrhoischer Peritonitis hat der Verfasser gesehen, die er hier berichtet.

Ein 27jähriges Mädchen mit Blennorrhoe bekam eine Pelveoperitonitis, die nach mehreren Wochen heilte. Ein halbes Jahr später wird der in Retroflexion fixierte Uterus in Narkose gelöst, darauf entsteht eine heftige diffuse Peritonitis unter sehr beängstigenden Erscheinungen. Die auf Grund der Annahme, dafs Blennorrhoe die Ursache ist, gestellte günstige Prognose traf ein.

Der andere Fall betrifft eine 40jährige Dame mit blennorrhoischer Salpingitis, bei der sich eine diffuse Peritonitis entwickelte, die auch trotz der schwersten Symptome in Genesung endete.

Der Verlauf der blennorrhoischen Peritonitis ist insofern ein eigenartiger, als die Erscheinungen sehr stürmisch sind, dennoch aber der Verlauf ein günstiger ist. Es wird die Therapie deshalb mehr eine exspektative sein müssen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

Die Bedeutung der Dermatologie auf dem Gebiete der medizinischen Wissenschaft, von J. Selenow. (*Allwöchentl. mediz. Ztg.* 1896. No. 18.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die physiologische Bedeutung der Hautfunktion wird über das Vorkommen, die Menge und Art der Bakterien in der Haut nach anderen Arbeiten referiert.

Pathologische Veränderungen der Haut bei Infektionskrankheiten, wie Erytheme bei Cholera, Dysenterie, Influenza etc., oder Roseola bei Typhus abdominalis sind wahrscheinlich der lokale Ausdruck der Infektion. Eine grofse Rolle beim Zustandekommen von Hautkrankheiten spielt das periphere Nervensystem; von manchen Autoren werden Hautkrankheiten wie Prurigo, Pemphigus, Psoriasis etc. in direkten pathogenetischen Zusammenhang mit dem peripheren Nervensystem gebracht. Nicht ohne Relation stehen auch Erkrankungen der inneren Organe, besonders die der Verdauungsorgane und der Leber. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Die Behandlung frischer Finger- und Handverletzungen, von J. L. Beyer. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 97.) Die Behandlung von Fingerverletzungen mufs möglichst eine konservative sein; das Nähen der Wunden ist nicht ratsam. Man verfährt am besten folgendermafsen: Blutstillung, Reinigung im Handbad mit Seife und Bürste, Abtrocknen mit Äther oder Benzin, Handbad in schwach antiseptischer Lösung, Sublimat oder Actol (1 : 5000); im Bade Reinigung der Wunde selbst. Darauf Aufpudern von Itrol und trockner Verband; nur bei starker Quetschung und Verunreinigung feuchter Wasserverband ohne Antiseptika. Der trockene Verband bleibt 5—10 Tage, der feuchte einen Tag liegen; letzterer wird nach 2—4 Tagen durch einen trockenen ersetzt. Etwa nötige Operationen werden 2—8 Tage nach der Verletzung ausgeführt. Schienung ist notwendig, zumal bei Knochen- und Sehnenverletzungen. Gymnastik, Massage etc. folgen später. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Nebennieren. Wirkungen der Transplantation derselben, von N. DE DOMINICIS. (*Wien. med. Wochensch.* 1897. No. 1.) Von den vielen Nebennierentheorien hat diejenige am meisten Anhänger, die annimmt, daſs die Nebennieren analog der Thyreoidea im Körper zirkulierende Gifte, die aus der vegetabilischen Nahrung stammen sollen, zu paralysieren. Der Verfasser steht der Autointoxikationstheorie für den Tod nach Exstirpation der Nebennieren nicht sympathisch gegenüber. Er berichtet folgende Experimente: Die Tiere gehen nach beiderseitiger Nebennierenexstirpation in 2—4 Stunden zu Grunde; der Tod erfolgt erst nach 18—24 Stunden, wenn vorher das Rückenmark oberhalb der Nebennieren durchtrennt war.

Wird eine Nebenniere gelockert und, nachdem ihr Stiel unterbunden, nach der vorderen Fläche der Niere verschoben, dann bleibt das Tier gesund. Es stirbt aber, wenn die zweite Nebenniere entfernt wird. Also die Implantation einer Nebenniere schützt nicht vor dem Tode nach der Exstirpation. Es verhält sich hier also die Sache ganz anders, als bei der Schilddrüse. Auch die Injektion frischer, macerierter Nebennierensubstanz in die Jugularvene schützt nicht vor dem Tode.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hauttransplantation nach KRAUSE bei den plastischen Operationen im Gesicht, von J. F. ERDMANN. (*Amer. med. and surg. bull.* 24. Oktober 1896.) Genaue Beschreibung der Methode und ihrer Vorzüge; ausgezeichneter Erfolg der Rhinoplastik bei 2 Fällen, deren Krankengeschichte mitgeteilt wird.

H. Einhorn-München.

Henri Feulard †

Im Jahre 1859 geboren, war FEULARD von 1881—1885 Interne des Hôpitaux, erlangte den Doktorgrad 1886 auf Grund seiner Arbeit: *Teigne et Teigneux*, fungierte 1888—1891 als Chef de Clinique im Hôpital St. Louis und wurde Arzt am Krankenhause St. Lazare im Jahre 1892. Zuletzt war er auch Vorstand der Hautambulanz im Kinderhospital. Die französische Dermatologische Gesellschaft verdankt ihm vieles. Er verwaltete mit Geschick das weltberühmte Musée Baretta, dessen Moulagenkatalog er 1889 herausgegeben hat, und war Bibliothekar und Sekretär der Gesellschaft. Die Teilnehmer des Pariser internationalen Kongresses von 1889, bei dem er als General-Sekretär thätig war, werden sich seiner liebenswürdigen Persönlichkeit deutlich erinnern. FEULARD war auch wissenschaftlich sehr thätig. Es sei hier nur allgemein auf seine zahlreichen Publikationen in den *Annales de Dermatologie* hingewiesen, von denen viele sehr bedeutend waren. An der Redaktion der Annales nahm er seit 1890 als Sekretär teil.

Er fand seinen Tod als Opfer der Flammen bei der schrecklichen Brandkatastrophe in der Rue Jean Goujon am 4. Mai, als er, nachdem er sich und seine Familie glücklich ins Freie gebracht hatte, sich wiederum in die Flammen stürzte, um andere zu retten ....

Wer diesen ausgezeichneten Menschen und Kollegen näher gekannt hat, wird ihn aufrichtig beweinen.

Dr. SACK.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIV. No. 12. 15. Juni 1897.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über die histologischen Veränderungen der Haut bei Myxödem.

Von

Dr. Cornelius Beck,

ehem. Assistent am path.-histologischen Institute der Universität zu Budapest.

Es sind bereits mehr als zehn Jahre verflossen, seitdem die zuerst von Engländern unter dem Namen des Myxödems beschriebene Krankheit uch am Kontinent als eine durch ihre Symptome wohlcharakterisierte Erkrankung allgemein anerkannt wurde. Trotzdem die Veränderungen der Haut ein so wichtiges und bezeichnendes Symptom darstellen, dafs man der Krankheit mit Rücksicht auf das Aussehen der Haut den Namen Myxödem gegeben hat, wurden die in der Haut sich abspielenden Prozesse histologisch nur sehr wenig studiert. Auch die bis jetzt veröffentlichten histologischen Befunde sind schwer mit einander in Einklang zu bringen. Die Beschreibungen der verschiedenen Autoren enthalten von einander sehr abweichende, ja sogar sich gänzlich widersprechende Angaben.

Der Engländer Ord,[1] von dem auch die Benennung der Krankheit stammt, war der erste, der in der Haut Myxödematöser mikroskopische Veränderungen beschrieb. Auf dem zehnten internationalen medizinischen Kongrefs in Berlin, im Jahre 1890, sprach er sich als Referent der Myxödemfrage auf Grund seiner früheren Untersuchungen dahin aus, dafs bei Myxödem das Bindegewebe der Haut — wie auch anderer Organe — proliferiert und zellreicher wird, und hebt gleichzeitig hervor, dafs das Vorkommen von Mucin, welches in der Haut des ersten an Myxödem verstorbenen Individuums konstatiert wurde, nicht als eine konstante Veränderung betrachtet werden kann, da man es bei späteren Untersuchungen oft vermifst hat.

Im Bericht vom Jahre 1888,[2] welchen eine englische für das Studieren der Myxödemfrage ausgesandte Kommission veröffentlicht hat, haben Cavafy, Goodhart und Hadden die Bearbeiter der Histopathologie

der myxödematösen Gewebsveränderungen, hauptsächlich Veränderungen in und um die Schweifsdrüsen, Talgdrüsen und Haarfollikel beschrieben. Dieselben bestehen aus einer Anschwellung und Proliferation der Epithelien, welche die Ausführungsgänge verstopfen. Der in der Cutis sich abspielende Prozefs „ist nicht ein passiver oder atrophischer, sondern er ist von irritativer Natur, und sieht einem entzündlichen Prozesse ähnlich." Das subkutane Fettgewebe hat in den meisten Fällen beträchtlich zugenommen.

In einem ganz ähnlichen Sinne spricht sich VIRCHOW[3] bezüglich der Vorgänge in der Cutis aus, auf Grund mikroskopischer Präparate, die er in London gesehen hat. Das Mucin hält er nicht für ein konstantes und spezifisches Produkt der myxödematös veränderten Haut.

Die Arbeiten HORSLEYS,[4] welche einen grofsen Fortschritt hinsichtlich unserer Kenntnisse der Ätiologie des Myxödems bedeuten, beziehen sich zum gröfsten Teil auf das Verhalten der Glandula thyreoidea, doch enthalten sie auch einige Angaben über die histologischen Veränderungen der Haut. Beim experimentell durch die Thyreoidea-Exstirpation bei Schafen hervorgerufenem Myxödem fand er das subkutane Bindegewebe „gelatinös infiltriert". Diese Infiltration entsteht durch eine mucinöse Degeneration der sogenannten Grund- oder Kittsubstanz des Bindegewebes. HALIBURTON[5] hat den mucinösen Charakter dieser Substanz auf chemischem Wege bewiesen. In ähnlicher Weise ist es auch BOURNEVILLE[18] gelungen in einem Falle den Mucingehalt der Haut nachzuweisen.

Im Falle MOSLERS[19] hat die von GRAWITZ ausgeführte histologische Untersuchung nichts weiter als ein geringes Ödem der Haut und Rundzelleninfiltration in der Blutgefäfsadventitia ergeben.

Bevor wir auf die kurze Zusammenfassung von UNNAS Arbeiten, welche die detailliertesten Angaben über die histologischen Hautveränderungen bei Myxödem enthalten, übergehen, wollen wir noch kurz erwähnen, dafs in einem Falle von HIRSCH,[6] CASPARY[7] ein kleines Stückchen der Gesichtshaut, BAUMGARTEN[8] die Haut des Halses mikroskopisch untersucht haben. Ersterer hat die Rückbildung des kollagenen Gewebes und demzufolge das stärkere Hervortreten der elastischen Fasern in dicken Bündeln, wie auch die Bildung kleiner ungeformter hyalinähnlicher Massen (wahrscheinlich durch die Degeneration des Elastins entstehende Schollen) in den obersten Cutisschichten beobachtet. In derselben Gegend hat er Lymphspalten gefunden, welche mit körniger, zellarmer Substanz dicht gefüllt waren. Alle diese Veränderungen — mit Ausnahme der letzteren — sind, wie dies schon UNNA in seiner *Histopathologie* hervorgehoben hat, in der Gesichtshaut aller älteren Personen aufzufinden, und deshalb können sie nicht als für das Myxödem charakteristisch bezeichnet werden. BAUMGARTEN hat aufser reichlicherer Entwickelung der elastischen

Fasern stellenweise eine ausgebreitete kleinzellige Infiltration um die Gefäfse der Cutis beobachtet.

In einer Arbeit von SCHWASS[9] finden wir eine kurze Erwähnung von CAMPANAS Ergebnissen, der das teilweise Verschwinden des fibrillären Charakters des Bindegewebes und dessen Ersatz durch eine schleimige Substanz beobachtet haben soll.

Die ausführlichste Beschreibung der Gewebsveränderungen in der Haut bei Myxödem verdanken wir UNNA.[10] Mit Zuhülfenahme seiner elektiven Färbungsmethoden war er im stande, auch die feineren Veränderungen, welche sich im chemischen Verhalten der Gewebsteile abspielen, zu verfolgen. Die Ergebnisse seiner auf zwei Fälle von Myxödem sich beziehenden Untersuchungen können wir in folgendem zusammenfassen: Die Menge des kollagenen Gewebes der Cutis hat ab-, die des Elastin dagegen zugenommen, doch ist das guirlandenförmige, elastische Fasernetz des Stratum papillare normal. In den tieferen Schichten der Cutis hat ein Teil der kollagenen Fasern ihre normale Färbungsfähigkeit eingebüfst und läfst sich in ausgesprochener Weise mittelst der basischen Farbstoffe färben (sie färben sich z. B. bei Anwendung der polychr. Methylenblau-neutr. Orcein-Methode blau, der Saffranin-Wasserblau-Tannin-Methode rot etc.) Noch auffallender ist die chemische Veränderung der elastischen Fasern. Viele von ihnen haben sich in basophile Fasern umgewandelt, d. h. aus dem Elastin ist Elacin geworden. Aufser diesen so veränderten Fasern giebt es noch dicke Bündel, welche sich in ihrem Innern wie das normale Kollagen verhalten, von aufsen sind sie aber von einem Mantel bedeckt, der eine grofse Affinität zu den sauren Farbstoffen besitzt. Diese Bündel entstehen aus der gleichzeitigen Veränderung der kollagenen und elastischen Fasern. Rings um die kollagenen Bündel und zwischen die kollagenen Fasern lagern sich Schollen und Massen von Elastin ab, so dafs wir auf Querschnitten ein mosaikähnliches Bild vor uns haben, in welchem die einzelnen Mosaikplättchen durch die vom elastischen Gewebe sozusagen umflossenen kollagenen Faserquerschnitte gebildet sind. Das in dieser Weise veränderte Gewebe hat UNNA mit dem Namen Kollastin bezeichnet. — Mucin fand sich in keinem der zwei untersuchten Fälle, hingegen fanden sich Gebilde, welche man mit Rücksicht auf ihre Farbenreaktion für eine mit Mucin in Beziehung stehende Substanz hat deuten können. Es waren dies teils amorphe, teils in Gruppen auftretende krystallinische Körper, welche im zuerst untersuchten Falle reichlich im Stratum papillare aber auch an anderen Stellen der Cutis und in den Septen des Fettgewebes sichtbar waren, und sich bei Anwendung der polychr. Methylenblau-Glycerinäther-Methode rosarot färbten. In seinem zweiten Falle hat UNNA[11] Krystalle gefunden, deren Lokalisation innerhalb der Fettzellen zwar für die Fettnatur dieser

Krystalle sprach, doch liefs ihre Farbenreaktion eine dem Mucin nahestehende Substanz in ihnen vermuten.

Wie aus den hier aufgezählten Litteraturangaben hervorgeht, ist es unmöglich, dieselben miteinander in Einklang zu bringen. Einige Autoren haben Mucin in der myxödematös veränderten Haut gefunden, andere beobachteten Proliferationsvorgänge im Bindegewebe und in den epithelialen Anhangsgebilden der Haut, wieder andere fanden einen Schwund der kollagenen Substanz oder tiefgreifende Veränderungen im Chemismus der bindegewebigen Bestandteile der Haut, in welchen eigentümliche amorphe und krystallinische Körper vorhanden waren. Bei einer solchen Verschiedenheit der histologischen Beobachtungen, ist es gewifs notwendig, die Haut gelegentlich jedes neueren Myxödemfalles einer mikroskopischen Durchforschung zu unterziehen; denn nur aus den so durch sorgfältigere Beobachtungen gesammelten Angaben wird es möglich sein, festzustellen, welche diejenigen Veränderungen sind, die zum Prozefs des Myxödems gehörend für dasselbe charakteristisch sind, und welche der beschriebenen Veränderungen für sekundäre — durch vom Myxödem unabhängige Umstände hervorgebracht — betrachtet werden müssen. Eben deshalb haben wir nicht versäumt, die günstige Gelegenheit zu ergreifen, als sie durch das Zusenden von Material durch Herrn Prof. Victor Horsley aus London und durch die Überlassung desselben durch Herrn Dr. Unna uns geboten wurde, eine neue histologische Durchforschung der Haut bei Myxödem zu unternehmen. Beiden Herren spreche ich auch an dieser Stelle meinen wärmsten Dank aus.

* * *

In folgendem teilen wir kurz die Krankengeschichte unseres Falles mit, die wir der mündlichen Mitteilung des Herrn Prof. Horsley verdanken.

Frau N. N., 69 Jahre alt, hat vor ungefähr drei Jahren eine erwachsene Tochter verloren; auf diese Epoche führt sie den Beginn ihrer Krankheit zurück. Im Jahre 1896, zwei Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome ihrer Erkrankung, konsultierte sie Horsley wegen eines Mammacarcinoms. Sie stand zu dieser Zeit schon während 3 Monate wegen Myxödem in Behandlung, und zwar nahm sie 3 Monate lang flüssigen Thyreoidextrakt, im vierten sollte sie denselben auf Rat ihres Arztes durch die frische Thyreoideadrüse ersetzen. In diesem Monate verschlimmerte sich ihr Zustand augenscheinlich. Die Ursache dieser Verschlimmerung hat Horsley entdeckt, indem er aus der ihm vorgelegten Drüse erkannt hatte, dafs die von der Kranken täglich verzehrte Drüse nicht die Gl. thyreoidea, sondern Gl. thymus war. Die Kranke wurde wegen ihres Krebses operiert. Zur Zeit der Operation zeigte sie die gesamten Symptome eines ausgesprochenen Myxödems (gänzliches Fehlen der Gl. thyreoidea, gedunsenes Aussehen der Haut, Symptome von Seite des Nervensystems etc.) Mit dem Krebs (scirrhus) wurden auch die Achseldrüsen derselben Seite, sowie ein grofses Stück carcinomatös nicht infiltrierter Haut ausgeschnitten, und auch alle Weichteile bis zu den Rippen in einem Stück entfernt. Das krebsig nicht infiltrierte

Hautstück wurde gleich nach seiner Entnahme in Alkohol gelegt. Nach Verheilung der Wunde wurde der Kranken von neuem flüssiger Thyreoidea-Extrakt verschrieben; dieselbe ist heute vollständig gesund, weder das Myxödem noch der Krebs haben recidiviert. Mit Rücksicht auf die Vollständigkeit unserer Beschreibung müssen wir noch erwähnen, dafs die Hände der Kranken in einem der RAYNAUDschen Erkrankung ähnlichen angio-paralytischen Zustand waren, wogegen HORSLEY die Anwendung des konstanten Stromes riet; jedoch hat er nichts über die Wirkung dieser therapeutischen Mafsnahme erfahren.

Behufs Untersuchung haben wir mehrere kleine Stückchen aus der von der Brustgegend stammenden myxödematösen Haut ausgeschnitten. Nach Einbettung in Celloidin wurden die Schnitte aufser mit dem gewöhnlichen Färbungsverfahren besonders mit den von UNNA inaugurierten nicht blos auf reiner Empirie, sondern auf chemischen Prinzipien aufgebauten Methoden behandelt. Es wäre überflüssig uns auf diese technische Seite unserer Aufgabe näher einzulassen. Die UNNAschen Methoden sind aus seinen eigenen Mitteilungen genügend bekannt, und so können wir uns einfach darauf beschränken, dafs wir dort, wo uns eine Angabe der Methode für erwünscht erscheint, die von UNNA gegebenen Benennungen benutzen. Nur dort werden wir uns auf eine eingehendere Beschreibung der Methode einlassen, wo wir dieselbe in irgend einer Weise modifiziert oder sie selbst zusammengestellt haben.

Die Beschreibung und Beurteilung der myxödematösen Veränderungen wurde in unserem Falle durch einen Umstand kompliziert und erschwert, nämlich durch das hohe Alter der Patientin (siehe die Krankengeschichte). Seit den Untersuchungen I. NEUMANNS[12] — welche in neuerer Zeit durch SCHMIDT,[13] REIZENSTEIN,[14] UNNA[15] und andere richtig gedeutet und erweitert wurden — wissen wir, dafs die Haut und, wie die neueren Untersuchungen gezeigt haben, besonders deren elastische Elemente in höherem Alter auch unter physiologischen Verhältnissen bedeutende Veränderungen aufweisen, welche an den verschiedenen Hautregionen von verschiedener Intensität sind und sich am ausgesprochensten in der Gesichtshaut kundgeben. Es war vorauszusehen, dafs sich auch bei unserer Kranken solche Veränderungen vorfinden würden; diese müssen aber von den durch das Myxödem verursachten getrennt werden. Dies wurde uns dadurch ermöglicht, dafs wir gleichzeitig mit unseren Untersuchungen an der Myxödemhaut auch solche an normaler Haut verschieden alter Personen angestellt haben. Die untersuchten normalen Hautstücke stammten ebenfalls von der Brustgegend, also von derselben Stelle wie unsere Myxödemhaut. Die betreffenden Individuen (Leichen) waren 22, 40, 70 und 72 Jahre alt. Die so gewonnenen und die in der Litteratur verzeichneten Resultate haben wir mit den Ergebnissen unserer Untersuchungen an der Myxödemhaut verglichen und bemühten uns mit möglichst strenger Kritik von den Veränderungen das zu abstrahieren, was

der senilen Degeneration zuzuschreiben war. Im Laufe unserer Arbeit werden wir von Fall zu Fall jene Veränderungen nebeneinander stellen, welche wir sowohl bei seniler wie auch bei der myxödematös veränderten Haut fanden.

Die Epidermis der myxödematös veränderten Haut weist beträchtliche Veränderungen auf. Diese Veränderungen beziehen sich 1. auf das Verhältnis der Epidermis als einer einheitlichen Schicht zum Stratum papillare der Cutis, 2. auf die einzelnen Epithelzellen. Das erstere ist jedoch nur eine Folge der Veränderungen in den Epithelzellen. Auf einem mit der polychr. Methylenblau-Glycerinäther-Methode behandelten Schnitt fällt uns vor allem die sehr verschiedene Färbbarkeit der Epithelzellenkerne auf. Während sich ein Teil der Kerne sehr dunkel, beinahe schwarz tingiert, welche kaum die Andeutung einer Kernstruktur aufweisen, bleiben andere ganz ungefärbt, so dafs sie nur noch aus ihren Konturen zu erkennen sind. Zwischen diesen zwei Extremen nehmen bezüglich ihres Färbungsvermögens die gesunden Kerne Platz, mit normalem Chromatingerüst; es sind auch Übergänge zwischen diesen Kernen in ziemlich grofser Zahl sichtbar. Die verschieden intensiv gefärbten Kerne sind sehr unregelmäfsig verteilt, doch müssen wir bemerken, dafs in der Keimschicht der Epidermis sowohl die intensiv dunkel und beinahe homogen gefärbten wie auch die ungefärbten Kerne in geringerer Zahl vorhanden sind wie an anderen Stellen. Zumeist haben die Kerne der untersten Epithellage ihre normale Tingibilität beibehalten. Dies ist ein wichtiger Umstand, weil sich doch eben in dieser Zellenlage die Proliferationsvorgänge der Epithelzellen abspielen. Bis die Keimschicht der Epidermis gesund oder wenigstens — wie in unserem Falle — an den meisten Stellen gesund ist, wird die Neubildung der Epidermis ungehindert vor sich gehen. In manchen Schnitten enthält jedoch auch diese Zellenlage viele veränderte Kerne. Es giebt Stellen, wo 20—30 und noch mehr ungefärbte Kerne nebeneinander liegen; an solchen Stellen besteht auch die ganze Epidermisschicht — von der Hornschicht abgesehen — aus zwei, höchstens drei Zelllagen. Wir kommen auf diesen Punkt später noch zurück. Die dunklen Kerne jedoch sind in der Keimschicht der Epidermis immer nur sehr spärlich vorhanden. In den anderen Zelllagen finden wir überall sowohl die hellen wie auch die dunklen Kerne enthaltenden Epithelzellen ohne jede Ordnung zerstreut. Wir müssen über diese dunklen Kerne einige Worte sprechen. Es sind das jene Kerne, welche Unna[16] vermöge ihrer gleichmäfsig grofsen Affinität zu den basischen Farbstoffen (sowohl des Kerngerüstes, wie auch des Kernsaftes) „saure Kerne“ genannt und unter anderem folgendes über sie gesagt hat: „Es macht ganz den Eindruck, als ob in diesen Kernen Reaktion und Tingibilität des Kernchromatins sich dem ganzen Kerne

mitgeteilt haben, und es entsteht bei der Wichtigkeit des Chromatins für die Erzeugung neuer Kerne und Zellen der Verdacht, dafs es sich bei dem sauren Kern um pathologische Bildungen handeln müsse. Dieser Verdacht rechtfertigt sich insofern, als man dieselben in grofser Anzahl bei fast allen pathologischen Prozessen antrifft, mögen dieselben sich als Entzündungen, als progressive oder regressive Ernährungsstörungen darstellen. Aber ganz allein beschränkt sich ihr Vorkommen auf pathologische Prozesse nicht, denn sie finden sich z. B. regelmäfsig im Fettgewebe". Seine Untersuchungen haben UNNA zu dem Schlufs geführt, dafs die sauren Kerne in einen „sterilen Zustand" versetzt sind, teilungsunfähig geworden sind, und er glaubt daher, dafs „die Potentia generandi der Zellen eines Gewebes im umgekehrten Verhältnisse zur Ausbildung saurer Kerne steht". Auf die Epidermis ist diese Schlufsfolgerung UNNAS nur mit einer gewissen Einschränkung anzuwenden, weil es doch klar ist, dafs soviel saure Kerne in den oberen Epithellagen auch vorkommen mögen, dieser Umstand die Potentia generandi der Zellen nicht beeinflussen kann, wenn nur die Kerne der Epithelien der Keimschicht ihr normales Teilungsvermögen behalten haben. Nur wenn auch in dieser saure Kerne auftreten, kann die Epidermis ihre Proliferationsfähigkeit im Verhältnis zur Zahl der vorhandenen sauren Kerne einbüfsen.

Die ungefärbte Kerne enthaltenden Epithelzellen sind nekrotisch. Auch hier, wie bei anderen regressiven Prozessen bedeutet das Abnehmen der Tingibilität des Kernes den Tod der Zelle. Dies beweist auch der Umstand, dafs die Epidermis an den Stellen, wo die ungefärbten Kerne in grofser Zahl in der Keimschicht vorhanden sind, — wie schon oben erwähnt wurde — sehr verdünnt ist, keine in die Cutis hineinragenden Epithelleisten besitzt, in gerader Linie den abgeflachten Papillen aufsitzt. Die allmählich verhornenden und abschuppenden Epithelzellen können von unten her nicht durch neue ersetzt werden.

Nicht nur die Kerne, auch das Protoplasma der Epithelzellen weisen Veränderungen auf. Dasselbe bleibt, auch wenn man Protoplasmafärbungsmethoden wie z. B. die polychr. Methylenblau-Glycerinäther-Methode anwendet, an den meisten Stellen vollständig ungefärbt. Es hat seine normale feine Körnung verloren. Dafür sehen wir aber, besonders an Stellen, wo sich auch viele ungefärbte Kerne finden, dafs die ganze Oberfläche der querdurchschnittenen Epidermis von kleinen, ungleichmäfsig geformten, im allgemeinen rundlichen Körnern besät ist, welche sich mit polychromem Methylenblau sehr gut färben und bei Lampenlicht einen schönen metachromatischen, violetten Ton haben. In ganz dichten und grofsen Massen sammeln sich diese Körner zwischen Epidermis und Papillen an. Sie füllen an diesen Stellen grofse Lücken — Lymphspalten — aus. Dieselben werden eben durch den Druck dieser körnigen

Masse ausgedehnt, und die Epidermis ist über grofse Strecken, die sich manchmal durch mehrere Gesichtsfelder hinziehen, von ihrer Unterlage abgehoben. Es sind auch nicht selten noch vereinzelte Kerne von Epithelien, Bindegewebszellen und Leukocyten oder Bruchstücke derselben in der körnigen Substanz zu unterscheiden, manchmal auch durch das Methylenblau grün gefärbte Pigmentkörnchen. Diese Masse müssen wir nach ihrer Lokalisation, nach der Form der einzelnen Körnchen und ihrer Farbenreaktion für Protoplasma halten, welches zum Teil durch den totalen Zerfall der Epithelzellen frei geworden ist, wofür die vorhandenen freien Epithelkerne sprechen, zum Teil aber sehr wahrscheinlich auch so entstanden ist, dafs ein Teil des Zellprotoplasmas, vielleicht das Granoplasma, bei Erhaltenbleiben des Stroma und der Zellform aus den Zellen ausgetreten ist. Auch UNNA hat einen ähnlichen Vorgang in den Epithelzellen beobachten können. An seinen Präparaten, die er mir zur Durchsicht in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt hat, habe ich mich selbst von dem Vorhandensein dieser Körner — vielleicht in etwas geringerer Menge — überzeugen können. Ich glaube sogar, dafs die von CASPARY in den obersten Cutisschichten beobachteten körnigen Massen, welche die Lymphspalten ausfüllten, auch nichts anderes waren, als in dieser Weise zerfallenes Protoplasma. Derartige Veränderungen haben wir in der senilen Haut nie beobachten können. Die Kerne haben bezüglich ihrer Färbbarkeit nie die geringste Abweichung von der Norm gezeigt, auch das Protoplasma war immer gut färbbar; nur selten und nur mit Hülfe der Immersion konnten wir spärliche freie Körner in der Epidermis auffinden, welche auch hier für einen minimalen Zerfall des Protoplasmas der Epithelien zu sprechen scheinen. Nie war aber die Epidermis mit diesen Körnchen dicht bestreut, und nie haben sie eine Abhebung der Epidermis von den Papillen bewirkt. Wir können also diesen Prozefs mit Recht für einen durch das Myxödem hervorgerufenen betrachten, um so mehr, da ihn auch frühere Autoren in ihren Myxödemfällen beobachtet haben (CASPARY, UNNA). Damit wollen wir natürlich noch nicht behaupten, dafs diese Art von Veränderungen ausschliefslich in der Haut Myxödemkranker vorkommen. Es kann ja die Haut auf verschiedene Schädlichkeiten in der gleichen Weise reagieren. Von den anderen epithelialen Gebilden der Haut haben wir in den Zellen der Talgdrüsen und Haarfollikel keine besonderen Veränderungen gefunden, wir trafen dieselben nur sehr spärlich auf unseren Schnitten. Hie und da sind auch die Epithelien der Schweifsdrüsen nekrotisch, ihre Kerne färben sich nicht und ihr Protoplasma ist zerfallen.

Bei der Beschreibung der Veränderungen in der Cutis müssen wir uns nacheinander mit den im Kollagen, im Elastin, in den Bindegewebszellen und in den glatten Muskelfasern sich ab-

spielenden pathologischen Prozessen beschäftigen und gleichzeitig auch untersuchen, wie sich das quantitative Verhältnis zwischen diesen Gewebselementen gestaltet hat.

Zunächst fällt an jedem Schnitt schon makroskopisch die sehr beträchtliche Dicke der Cutis auf. Dieselbe betrug überall auf dem uns zur Verfügung stehenden Hautstücke 5—6 mm, eine Zahl, die sonst nur an den Körperstellen vorkommt, wo die Haut am dicksten ist, also am Kopfe. Diese ansehnliche Dicke der Cutis wird durch die Zunahme und Veränderung des kollagenen Gewebes verursacht. Die letztere ist sehr gut mittelst der UNNAschen Kollagenfärbungen (polychrom. Methylenblau- neutr. Orcein; Saffranin-Wasserblau-Tannin; polychr. Methylenblau-Säurefuchsin - Tannin - Methoden) sowie mit der VAN GIESONschen und der ihr nahestehenden UNNAschen Hämatoxylin - Säurefuchsin - Pikrin-, und endlich am schönsten mit der WEIGERTschen Fibrinfärbungsmethode zu studieren. Die Veränderung besteht in einer hochgradigen Auffaserung der kollagenen Bündel; dieselbe ist eine viel ausgesprochenere und reicht viel tiefer in die Cutis hinein, als man es bei der normalen Haut beobachtet. In den Papillen und der unter ihnen liegenden Cutisschicht bilden diese feinen Fasern ein verworrenes Geflecht, während sie in den tieferen Schichten allmählich wieder zu parallel verlaufenden Bündeln geordnet sind, und an der Grenze des Unterhautfettgewebes ist der fibrilläre Charakter der Bündel kaum mehr zu erkennen. Es ist merkwürdig, dafs die WEIGERTsche Fibrinfärbung unterhalb der Epidermis einen schmalen Streifen, der die Papillen und deren Basis enthält, ganz ungefärbt läfst, alles andere Kollagen aber in prachtvoller dunkelvioletter Farbe färbt. Es ist nicht ausgeschlossen, dafs diese Zerfaserung durch eine flüssige oder halbflüssige Substanz hervorgerufen wird, welche zwischen die kollagenen Fibrillen geraten oder dort selbst gebildet, die feinen Fäserchen von einander entfernt und in ein verworrenes Geflecht verwandelt hat. Allerdings können wir die Richtigkeit unserer Hypothese durch direkt beweisende mikroskopische Bilder nicht unterstützen, weil wir in dem uns zur Verfügung stehenden in Alkohol gehärteten Hautstück keine Spur von so einer Substanz nachweisen konnten. Unsere Bestrebungen mittelst des Mucinhämatein und Mucinkarmin PAUL MEYERS Mucin nachzuweisen, haben auch nur ein negatives Resultat ergeben. Es wäre doch sehr wünschenswert, gelegentlich die von Myxödemkranken stammenden Hautstücke — UNNAS[17] Rat befolgend — in mit Essigsäure angesäuertem Alkohol oder in Lösungen schwerer Metallsalze, in welchen das Mucin unlöslich ist, zu fixieren und zu härten.

Die Eigenschaften des Kollagens bezüglich ihrer Färbbarkeit mittelst der UNNAschen Methoden haben gar keine Veränderungen erlitten. In dieser Hinsicht ist also die chemische Reaktion des Kollagens als normal zu bezeichnen.

Von grofser Bedeutung ist die Veränderung des Verhältnisses, welches im Stratum subpapillare zwischen kollagenen und elastischen Fasern entstanden ist. Wir können uns von derselben nur dann ein klares Bild machen, wenn wir die Veränderungen in der Myxödemhaut mit denjenigen in der normalen senilen Haut vergleichen. Wenn wir einen mit saurem Orcein gefärbten Schnitt der letzteren betrachten, so tritt uns das elastische Gewebe in allen Schichten der Cutis viel massiger entgegen als in der juvenilen Haut, in den mittleren Cutisschichten aber hat es sogar ganz entschieden die Oberhand über das kollagene Gewebe. Dasselbe ist im Schwund begriffen und infolgedessen nähern sich die elastischen Fasern einander. Dazu kommen noch Degenerationsvorgänge im elastischen Gewebe, auf welche wir hier nicht näher eingehen können (s. die citierten Arbeiten von Schmidt, Reizenstein und Unna). Hingegen sehen wir an einem ähnlich behandelten Schnitt aus der Myxödemhaut, dafs das Kollagen in den mittleren Schichten der Cutis unvergleichlich reicher entwickelt ist als das Elastin. Nicht nur, dafs das kollagene Gewebe trotz des hohen Alters der Patientin in seiner Menge nicht abgenommen hat, sondern es hat sich sogar ganz bedeutend vermehrt.

Wir können doch auf Grund bekannter histologischer Thatsachen mit Recht annehmen, dafs zur Zeit der Erkrankung unserer Patientin, also in ihrem 67. Lebensjahre, die Regression des kollagenen Gewebes wenigstens schon im Gange war und dafs das Kollagen erst während der Krankheit wieder an Menge zugenommen hat. Aber auch der Zustand der elastischen Fasern spricht für eine Zunahme des kollagenen Gewebes. Die aus den tieferen Cutisschichten schräg in die Höhe ziehenden elastischen Fasern sind gedehnt, saitenähnlich gespannt, nicht wellig; sie sehen so aus, wie man sie nur in der jugendlichen Haut antrifft.

Die elastischen Fasern finden wir nur in den Papillen — wo sie die subepitheliale Grenzschicht bilden — und in den untersten, dem Fettgewebe benachbarten Schichten degeneriert. In den ersteren bilden sich unmittelbar unter dem Epithel kugelige und unregelmäfsig gestaltete Massen aus, welche sich wie Elastin gegen Farbstoffe verhalten, und augenscheinlich aus elastischen Fasern entstanden sind. Manchesmal hängen sie sogar noch mit solchen zusammen. Diese ist eine, vom Myxödem unabhängige, senile Veränderung.*

In den tiefsten Cutislagen haben wir jene Veränderung der elastischen Fasern mitsamt den kollagenen beobachten können, deren gemeinschaftliches Produkt von Unna Kollastin genannt worden ist, und welche

* Wir haben zwar bei unseren Untersuchungen diese Gebilde in seniler Haut nicht gefunden, da sie aber von mehreren Autoren in derselben beschrieben worden sind, betrachten wir sie auch für eine Altersveränderung.

er ebenfalls bei Myxödem gefunden und beschrieben hat. Worin diese Veränderung besteht, das haben wir schon oben bei der Besprechung der UNNAschen Untersuchungen klargelegt; wir wollen nur noch hinzufügen, dafs sich in unseren Präparaten weniger Kollastin vorfand als in jenen von UNNA. Elacin fehlte in unserem Falle ganz.

Die Zahl der Bindegewebszellen hat nicht zugenommen, auch ist keine echte kleinzellige Infiltration in der Cutis zu beobachten. An manchen Stellen, besonders um die Blutgefäfse, die Schweifs- und Talgdrüsen, tritt zwar scheinbar eine Zellvermehrung oder Infiltration auf, aber der Vergleich mit der senilen Haut lehrt uns, dafs dies nur auf einer Täuschung beruht. Um die genannten Gebilde ist das Bindegewebe in jeder Haut zellreicher und auch viel dichter. Dieses dichte Gewebe widersteht nun beim Myxödem nicht nur der Auffaserung, sondern es können sich sogar in demselben senile Atrophie und Schrumpfung geltend machen, und die dadurch einander genäherten Zellkerne können den Eindruck einer Zellproliferation oder Infiltration machen.

Mastzellen finden sich überall in der ganzen Cutis zerstreut, jedoch nicht in abnormer Zahl. Dieselben sind relativ klein, zusammengeschrumpft, ihre Körnung ist nicht überall deutlich, oft sieht sie wie zusammengebacken aus. Dasselbe sehen wir aber auch in der senilen Haut.

Die glatten Muskelfaserbündel sind in den mittleren und tiefen Cutislagen in solch' aufserordentlichem Grade hypertrophisch, dafs sie — beinahe wie im Scrotum — eine selbständige Muskelfaserschicht bilden Diese dicken Muskelfaserbündel sind sehr gut mittelst der UNNAschen Hämatoxylin-Säurefuchsin-Pikrin-Methode oder der VAN GIESONschen Methode darzustellen, die schönsten Bilder haben wir aber dann erhalten, wenn wir erst die elastischen Fasern mit saurem Orcein färbten, dann mit Saffranin die Kerne und die glatten Muskelfasern, endlich mit einer Wasserblau-Tannin-Lösung das Kollagen entfärbt und gleichzeitig blau nachgefärbt haben. In den so behandelten Schnitten heben sich die rot gefärbten Muskelbündel sehr schön vom blauen Kollagen ab. Gleichzeitig können wir auch sehen, dafs sich in den einzelnen Muskelbündeln eine beträchtlich gröfsere Menge von dicken und dünnen elastischen Fasern befindet wie unter normalen Verhältnissen, welche zumeist einen korkzieherähnlichen Verlauf haben. Die grofsen Muskelfaserbündel verlaufen meistens parallel mit der Hautoberfläche und liegen in 3—8 Schichten übereinander gelagert. Manche von ihnen sind in ihrem Querdurchmesser so dick, dafs sie sogar zwei mikroskopische Gesichtsfelder einnehmen. (REICHERT Oc. II, Obj. 7 a).

Durch kollagene Septen sind die dicken Bündel in sekundäre, diese wieder mittelst zarterer Septen oder elastischer Faserscheiden in tertiäre

Bündel geteilt. An Schnitten, wo es uns gelungen, ist die glatten Muskelfaserbündel parallel ihrer Längsaxe anzuschneiden, kann man sehr gut sehen, wie dieselben sich an ihren Enden kegelförmig zuspitzen, und auch, dafs die im Muskelbündel befindlichen elastischen Fasern sich dieser Form anpassen, um schliefslich in Gestalt einer dicken elastischen Faserschleife aus der Spitze des Muskelbündels auszutreten. Wir haben öfters beobachten können, dafs diese elastische Faserschleife an beiden Enden mit so zugespitzten Muskelbündeln in Zusammenhang stand, zwischen welchen sie eine brückenartige Verbindung bewerkstelligte.

Diese ungeheure Zunahme der glatten Muskulatur ist sehr überraschend. Ob man dieselbe dem Myxödemprozefs zuschreiben darf oder nicht, müssen weitere Untersuchungen entscheiden. Soviel ist sicher, dafs sie nicht zur senilen Degeneration gehört, und so können wir auch keine andere Ursache finden, worauf dieser Prozefs zurückzuführen wäre, als die Myxödemerkrankung.

Das subkutane Fettgewebe ist sehr stark entwickelt. Die Patientin war übrigens schon vor ihrer Erkrankung ziemlich fettleibig, und so können wir es nicht entscheiden, in wie weit das Fettpolster seine Entwickelung dem krankhaften Prozefs verdankt. Die Veränderungen aber, die in diesem stark entwickelten Fettgewebe zu beobachten sind, müssen wir dem Myxödemprozefs zuschreiben. Dieselben bestehen in dem Auftreten einer grofsen Menge von Krystallen, für deren Entwickelung aus dem Fett ihre Form, Lage und chemisches Verhalten spricht. Die Krystalle liegen in den Fettzellen, die sie ganz ausfüllen. Sie haben einen zentralen oder exzentrischen dichten Teil, von wo aus in allen Richtungen feine Nadeln gegen die Zellmembran ausstrahlen. Beim Erwärmen fliefsen sie ohne Hinterlassung irgend welchen Rückstandes zu Fetttröpfchen zusammen, sie sind unlöslich in Säuren (HNO_3, HCl, H_2SO_4) und in Alkalien (NaOH, NH_3), sowie in Alkohol und kaltem Ätheralkohol, lösen sich aber gut in erwärmtem Ätheralkohol. Interessant ist eine Farbenreaktion dieser Krystalle. Schon Unna — der auch ähnliche Krystalle in grofsen Mengen in einem seiner Fälle beobachtet hat — fand, dafs bei Färbung mit polychromem Methylenblau und Nachbehandlung mit Salpetersäure, rotes Blutlaugensalz etc. die Krystalle sich schön rosarot vom umgebenden Gewebe abheben. Auf Grund dieser Farbenreaktion hat sie Unna anfangs für eine dem Mucin nahestehende Substanz gehalten. Ihre oben beschriebenen Eigenschaften beweisen jedoch — wie dies auch Unna anerkannte — vollständig ihre Fettnatur. Wir haben nun auf Grund einer früheren und auf ein anderes Objekt sich beziehenden Erfahrung eine Methode angewendet,[20] mit der es uns gelungen ist, diese Krystalle besonders schön purpurrot zu färben. Die Schnitte wurden nach Färbung in polychromem Methylenblau auf längere

Zeit (wenigstens eine Viertelstunde) in sehr verdünnte Pikrinsäurelösung gebracht. Durch dieses Verfahren erhielten schon die Krystalle eine rot-violette Farbe. Da aber sowohl durch das Entwässern in Alkohol wie auch durch das Behandeln mit Öl und Einschliefsen in Balsam oder durch Einschliefsen der wässerigen Schnitte in Glycerin die Krystalle ihre Farbe verloren und dieselbe ganz ausgezogen wurde, haben wir die aus der Pikrinsäurelösung herausgenommenen Schnitte in einer dicken Gummi arabicum-Lösung aufbewahrt. Vorher wurden aber die Schnitte noch in einer dünnen, mit Pikrinsäure versetzten Gummilösung 1—2 Stunden lang ausgewaschen, um sie von der überschüssigen Farbe zu befreien und die eingetretene Reaktion noch zu verstärken. Auf den so behandelten Schnitten sind die Krystalle leuchtend rot, besonders bei Lampenlicht; bei Sonnenlicht besitzen sie einen schwachen Stich ins Violette. Je länger die Schnitte in der Gummilösung gelassen werden, um so intensiver tritt die Rotfärbung der Krystalle hervor; dieselbe verstärkt sich sogar oft auch noch nach dem Einschliefsen. Ein grofser Nachteil des Verfahrens ist, dafs bei der Eintrocknung der Gummilösung das Gummi sich in Form amorpher und kugeliger Gebilde ausscheidet, aber ohne die Farbe der Krystalle zu beeinflussen.

Ähnliche oder vielleicht identische* Krystalle kommen allerdings auch im normalen Fettgewebe vor. Dafs wir sie in der Myxödemhaut dennoch für ein pathologisches Produkt halten müssen, dafür sprechen mehrere Umstände. Einmal kommen diese Krystalle im normalen Fettgewebe nur vereinzelt vor, nie in solchen Massen, wie wir es bei Myxödem beobachtet haben. Bei diesem waren alle aus dem Fettgewebe angefertigten Schnitte sozusagen mit Krystallen besät. Nicht selten fand man 20—30 Fettzellen nebeneinander, die alle mit Krystallen gefüllt waren, ohne dafs auch nur eine krystallfreie Fettzelle zwischen ihnen gelegen wäre. Noch wichtiger ist aber jener Umstand, dafs sich diese Krystalle im normalen Fettgewebe immer erst lange nach dem Tode der Zelle, in der Leiche erst nach dem Auskühlen derselben ausbilden. In unserer Myxödemhaut war aber zu so einer postmortalen Krystallbildung gar keine Zeit, denn das Hautstück wurde ja gleich nach seiner Entfernung aus dem lebenden Körper in Alkohol gelegt, und dafs sich die Krystalle im Alkohol gebildet hätten, das kann man wohl nicht annehmen, denn dann müfsten wir sie ja viel öfter und in ebenso grofsen Mengen in gewöhnlichen Alkoholpräparaten

---

* Wir hätten es sehr gewünscht die Frage selber entscheiden zu können, ob diese Krystalle mit sog. Margarinkrystallen identisch sind oder nicht. Bei der Entscheidung müfste man besonders auf die angegebene Farbenreaktion achten. Wir haben aber in dem von uns untersuchten von vier verschiedenen Individuen stammenden Fettgewebe keine Krystalle finden können, was übrigens dafür spricht, dafs ihr Vorkommen nicht besonders häufig ist und ihre Bildung von speziellen Umständen abhängt.

des subkutanen Fettgewebes antreffen. Diese Krystalle haben sich also aller Wahrscheinlichkeit nach im lebenden Organismus gebildet und sind die Zeichen eines im Fett sich abspielenden chemischen Vorganges. Zu Gunsten dieser Auffassung könnte auch noch der Umstand verwertet werden, dafs wir unlängst bei der Untersuchung eines Nomafalles ähnliche, nur etwas kleinere, die Fettzellenlumina nicht total ausfüllende Krystalle gefunden haben, welche sich besonders reichlich an jenen Stellen vorfanden, wo das Fettgewebe mit den interlobulären Bindegewebssepten nekrotisch war, während sie im noch nicht veränderten gut färbbare Kerne enthaltenden Fette viel spärlicher zur Ausbildung gelangten.

Wenn wir nun die Veränderungen, die sich in der Haut der myxödemkranken Frau vorfanden, zusammenfassen wollen, so müssen wir sagen, dafs regressive und progressive Vorgänge sich nebeneinander abspielten. Die ersteren waren in der Epidermis und in den verschiedenen Gewebselementen der Cutis zu beobachten, die letzteren beschränkten sich auf das Kollagen und auf die glatten Muskelfasern der Cutis. In der Epidermis bestehen die regressiven Vorgänge in einem „sterilen" Zustande, einer Nekrose und einem Zerfall des Protoplasmas der Epithelien, in der Cutis künden sie sich durch die Auffaserung der kollagenen Bündel und durch die Bildung von Kollastin an. Die progressiven Veränderungen bestehen in der Zunahme des kollagenen Gewebes in den mittleren und der Zunahme der glatten Muskelfasern in den mittleren und unteren Cutislagen. Ein besonderer Platz mufs für die Veränderungen im Fettgewebe eingeräumt werden, welches, wie es scheint, neben einer Massenzunahme auch eine chemische Umwandlung seines Fettes erlitten hat.

Litteratur.

[1] Ord, X. internationaler medizinischer Kongrefs. Abteilung für innere Medizin. Sitzung vom 8. August 1890. Ref. in *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. pag. 858.

[2] Report on Myxoedema. *Clinical Society's Transactions.* Supplement to Vol. XXI. Section III. pag. 35.

[3] Virchow, Über Myxödem. Vortrag gehalten in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 2. Februar 1887. *Berl. klin. Wochenschr.* 1887. pag. 121.

[4] In *Report on Myxoedema.* Section V. pag. 61.

[5] In *Report on Myxoedema.* Section IV. pag. 47.

[6] Hirsch, Ein Fall von Myxödem. *Berl. klin. Wochenschr.* 1880. pag. 197.

[7] Ibidem.

[8] Ibidem.

[9] Schwass, Zur Myxödemfrage. *Berl. klin. Wochenschr.* 1889. pag. 463.

[10] Unna, Myxödem. *Histopathologie der Hautkrankheiten.* Berlin 1894. Verlag von August Hirschwald.

[11] Unna, Sitzungsberichte der Biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins in Hamburg 1895/96. Sitzung vom 31. März 1896. Sonderabdruck aus der *Münch. med. Wochenschr.*

[12] I. Neumann, *Lehrbuch d. Hautkrankheiten.* Fünfte Auflage. 1880. pag. 409.

[13] Schmidt, Über die Altersveränderungen der elastischen Fasern der Haut. *Virch. Arch.* 1891. Bd. 125. pag. 239.

[14] Reizenstein, Über die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. 18. pag. 1.

[15] Unna, Senile Degeneration, in *Histopathol. d. Hautkrankheiten.* pag. 989.

[16] Unna, Saure Kerne. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 42.

[17] Im oben citierten *Sitzungsbericht der Biolog. Abteil. d. ärztl. Vereins in Hamburg.*

[18] Bourneville, Cas de Myxoedème congénitale. *Le Progrès Medical.* 1895. 27 Juillet. pag. 51.

[19] Mosler, Über Myxödem. *Virch. Arch.* 1888. Bd. 114.

[20] C. Beck, Beiträge zur Kenntnis des Mollusc. contag. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. XXXVII.

Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten.

Kritische Übersicht der neuesten italienischen Arbeiten.

Von

Dr. Thomas Secchi,
gew. Assistenten an den Universitäten Cagliari und Bologna.

(Fortsetzung.)

Maffucci und Sirleo, Nuovo contributo alla patologia di un blastomicete (*Policlinico.* V. II—c, S. 245. 1895). Die Verfasser behandeln zuerst die Frage, ob der von ihnen isolierte Parasit, der Saccharomyces niger, ein Blastomycet sei, indem derselbe nach ihrer Beschreibung einen Kern besitzt. Um sich hiervon zu überzeugen untersuchten sie eine Kultur auf Zuckerbouillon im hängenden Tropfen. Sie fanden, dafs die Parasitenzelle aus einem peripheren durchsichtigen Hofe und einem dunklen mit dem ersteren konzentrischen Ringe bestand, dessen Zentrum verschiedene Körner enthält, welche zuerst nicht stark glänzen und öfters eine zentraler gelegene, dicke undurchsichtige Masse umschliefsen. Diese Körner werden sodann gröfser, nehmen undurchsichtige Konturen und ein glänzendes Zentrum an und enthalten aufserdem ein Filament, welches die einzelnen Körner zusammenhält. Sie sind beweglich, kreisen in dem sie umfassenden Ring herum und bilden darin Ausbuchtungen und winkelförmige Knickungen. Aus dem dunklen Ringe können sie in die äufsere durchsichtige Zone auswandern, wieder zurückkehren, auf der andern Seite wieder austreten und definitiv in der durchsichtigen Zone verbleiben. Das ausgewanderte Körnchen ist mit seinen Begleitern stets durch das Filament verbunden; dasselbe wächst und es

entsteht eine zweite Zelle. Die übrigen Körnchen können dasselbe Schicksal erfahren, so dafs aus einer Zelle mehrere, stets untereinander verbundene entstehen. In anderen Fällen hingegen umgiebt sich das Körperchen beim Durchdringen durch den umgebenden Ring mit einem Abschnitte desselben und einem Teile der hellen Zone. Diese Art der Vervielfältigung zeigt nach der Ansicht der Verfasser eine gewisse Ähnlichkeit mit der Kernteilung. (?)

Biologische Eigenschaften. Die günstige Temperatur variiert von 26—37°. Die Kolonien wachsen üppig auf Agar, Gelatine, Zucker-, Glycerin- und Säure-Bouillon, sehr üppig auf Kartoffeln und Fruchtkonserven, spärlich auf gewöhnlichem Agar, in jeder Art von Serum und in Citronen und Apfelsinensaft. Die Kolonien auf Agar und Fruchtkonserven sehen schokoladenfarben aus, auf Gelatine und Agar milchig weifs, zuweilen mit Umbilikation, auf koaguliertem Serum leicht opak. In den flüssigen Nährböden bildet sich auf dem Boden ein weifser Satz, während der obere Teil flüssig bleibt. Der Parasit widersteht eine Stunde lang einer Temperatur von 45—50°, fünf Minuten lang einer solchen von 60°. Bei 60° geht er in einer Stunde, bei 70° in fünf Minuten zu Grunde. Das Austrocknen hält er sowohl am Licht als im Dunkeln zwölf Tage lang aus; gegen direktes Sonnenlicht ist er wenig widerstandsfähig. Im Apfelwein bildet sich nach zehn Tagen auf dem Boden ein Niederschlag, der aber niemals bis an die Oberfläche reicht; es bildet sich Kohlensäure und etwas Alkohol. Er entwickelt sich auch im anaëroben Zustande, indem er im Moste die Luft verbraucht oder im Zuckeragar die Luft durch Kohlensäure ersetzt.

Inokulationsversuche. a. Meerschweinchen, denen Inokulationen in die Lungen gemacht wurden, starben entweder nach zwei Monaten oder wurden nach drei Monaten getötet. Die ersteren zeigten in den Lungen erbsen- bis haselnufsgrofse, in dem hyperämischen Parenchym disseminierte Knoten; die mediastinalen Lymphdrüsen waren stark infiltriert. In den Knoten der Lungen findet man eine zentrale nekrotische Partie, welche aus Parasiten, Zellendetritus und roten Blutkörperchen besteht. Die Alveolen, welche an die nekrotischen Herde grenzen, sind mit aufgetriebenen gekörnten Epithelzellen angefüllt, welche Parasiten enthalten. Im Lumen der Bronchien befindet sich eine aus Alveolarepithelien und Parasiten zusammengesetzte Masse, während das Bronchialepithel in allen seinen Schichten verdickt ist. In den Lymphdrüsen des Mediastinums sieht man eine dicke Masse Epithelzellen mit allen Eigenschaften der Lungenzellen und mit Parasiten; unter diesen sind einige frei. Bei den zu Grunde gegangenen oder nach drei Monaten getöteten Meerschweinchen beobachtet man kleinere Lungenknötchen als die vorherbesprochenen; die mediastinalen Lymphdrüsen sind stark reduziert. Unter dem Mikroskop konstatiert man ungefähr dieselben Veränderungen, jedoch in geringerem Grade wie bei der anderen Kategorie von Meerschweinchen. Dieser Prozefs sieht nach der Ansicht der Verfasser eher wie eine Neubildung als wie ein entzündlicher Prozefs aus, zeigt aber Neigung zur Heilung, weil er die Tendenz hat, sich zurückzubilden, wenn die Nekrobiose aller neugebildeten Elemente eingetreten ist. Die Verfasser haben denn auch ein Hautgeschwür, das durch Blastomyceten entstanden war, bei einem Meerschweinchen vernarben gesehen; auch haben sie Narben in der Lunge und in den Lymphdrüsen des Mediastinums nach drei Monaten gefunden.

b. Kaninchen. Ich führe nur die Veränderungen an, die nach Impfungen in die Jugularis konstatiert wurden. Die Tiere starben nach 20 Tagen und man findet bei ihnen: in den Lungen eine grofse epitheliale Neubildung der Alveolen und Bronchiolen, eine bedeutende epitheliale Neubildung in den subpleuralen Lymphräumen, so dafs sie wie wahre Krebsalveolen aussehen; ferner Vermehrung des Endothels der Lymphscheiden der Lungenarterien; in einigen neugebildeten Zellen findet man Parasiten.

c. Huhn. Zwei Monate nachdem dasselbe getötet worden, findet man in der Lunge graue Knötchen, welche positive Kulturresultate liefern. Diese Knötchen bestehen aus proliferierten Epithelzellen, die bis zum Volumen von Riesenzellen heranwachsen und Parasiten enthalten.

d. Hund. Injektion von 1 ccm Reinkultur in die Jugularis. Sehr zahlreiche Knötchen in der Lunge, welche 5 oder 6 Alveolen umfassen. Die Zellen derselben und der Bronchien sind in starker Proliferation begriffen und enthalten Parasiten. Die Leber ist zu circa $^2/_3$ in eine Masse von miliaren Knötchen verwandelt, welche in der Peripherie der Acini oder mitten in den Lebertrabekeln liegen und aus epitheloiden Zellen mit stark granuliertem Protoplasma bestehen. Die kleineren dieser Zellen enthalten einen, die gröfseren mehrere Parasiten. „Einige dieser letzteren befinden sich in Proliferation, indem sie verschiedene Stadien der Sprossung zeigen. Man findet verschiedene Formen, grofse und kleine, alle aber bestehen aus einem äufseren Hofe mit doppelten Konturen und aus einem granulierten Kerne mit gut sichtbarer Kernmembran." In der Leber beginnt der Prozefs in den Endothelien der Kapillaren. In der Niere findet man Knötchen, die aus angehäuften Epithelien bestehen, wie das Medullarcarcinom dieses Organs. Viele Epithelzellen führen Parasiten. Im Gehirn konstatiert man in der Rindensubstanz Knötchen, die sich aus etwas spindelförmigen epitheloiden und riesenzellenartigen Elementen mit Parasiten zusammensetzen. Auch noch in anderen Organen findet man Veränderungen, die ich der Kürze wegen übergehe.

Alle Kulturen mit Material aus veränderten Organen ergaben positive Resultate. Die Kulturversuche mit Epitheliomen fielen aber negativ aus. Die Verfasser können deshalb die Frage, ob zwischen den Blastomyceten und den in den Epithelzellen der Neoplasmen eingeschlossenen Gebilden Beziehungen bestehen, weder bejahend noch verneinend beantworten. Doch nehmen sie an, dafs das Aussehen der genannten Körperchen in allen von ihnen untersuchten Tumoren sehr den Blastocyten ähnlich sei, und geben Russel recht, „umsomehr, als der periphere Hof dieser Gebilde ein Kennzeichen der pathogenen Blastomyceten ist, das sie gerade in den Geweben, wo sie vegetieren, und nicht in den Kulturen erhalten." Trotz der grofsen Übereinstimmung wagen sie es doch nicht, die anatomische Form der malignen Tumoren mit derjenigen zu identifizieren, die sie mit ihren Blastomyceten erzeugt haben. Sie werden dies erst dann thun, wenn sich mit den Kulturen aus Tumoren ähnliche Resultate an Versuchstieren erzielen lassen.

E. Aievoli, Osservazioni preliminari sulla presenza di blastomiceti nei neoplasmi (*Policlinico*. Vol. II—c, S. 429. 1895). A. hat ebenfalls die Methode von Sanfelice mit einigen Modifikationen angewendet. Bei einem Mammacarcinom hat er eine geringe Anzahl von blastomycetenartigen Formen angetroffen. Von diesen sind die meisten frei, extracellulär, längs den Zellsträngen der Neubildung und zwischen den Bindegewebsmaschen gelegen; die intracellulären Formen sind selten. Ihre Gröfse ist verschieden. Auch isolierte Exemplare kommen vor; dann aber befinden sich meist um eine grofse herum eine Anzahl kleinerer, einfacher gebauter. Wo man an einem Punkte nebeneinander nur zwei Blastomyceten findet, pflegen dieselben an Gröfse und Form verschieden zu sein, die gröfsere birnenförmig, die kleinere rund; letztere herrschen vor. Die Blastomyceten haben eine Membran und einen Inhalt von verschiedener Struktur und Anordnung. Auch die Beziehungen zwischen Membran und Inhalt variieren. Letzterer ist nämlich bald nach dem Zentrum der Zelle hin gedrängt und läfst zwischen sich und der Membran einen gleichmäfsigen hellen Hof; zuweilen aber liegt er excentrisch und der zwischenliegende helle Hof nimmt

Halbmondform an. Das Protoplasma färbt sich gewöhnlich verschieden stark, zuweilen ganz gleichmäfsig, zuweilen intensiver im Zentrum und schwächer an der Peripherie; auch kommt das umgekehrte vor. Ein Kern läfst sich mit Sicherheit nicht konstatieren. Bezüglich der Art der Reproduktion neigt Verfasser zur Annahme, dafs eine solche nicht nur durch Sprossung, sondern auch durch Segmentation vorkomme. Er weist die Ansicht zurück, dafs die von ihm beobachteten Gebilde Zelldegenerationen darstellen; er hält sie vielmehr für Parasiten aus der Klasse der Blastomyceten wegen ihrer morphologischen Identität mit den von Sanfelice beschriebenen pathogenen Saccharomyceten.

Corselli und Frisco, Blastomicete patogeno nell' uomo. Contributo all' etiologia dei tumori maligni (*Annali d'Igiene.* 1895). Der Patient, von dem diese Reinkulturen von Blastomyces herrühren, hatte an Sarkom der mesenterialen Lymphdrüsen mit beträchtlicher Ansammlung einer gelblichweifsen, geruchlosen, alkalischen Flüssigkeit in der Pleura- und Abdominalhöhle gelitten. Die Untersuchung dieser Flüssigkeit im hängenden Tropfen sowohl während des Lebens als nach dem Tode des Patienten ergab nur folgendes: Zellenformen von verschiedener Gröfse, von denen die kleinsten kugelig und isoliert oder zu vier gruppiert waren, die mittleren ein homogenes Protoplasma mit doppeltkonturierter Membran (aufsen hyalin, innen schwarz) zeigten. Bei einigen war das Protoplasma an einer Stelle ausgebuchtet, sodafs eine Doppelfigur entstand, in der eine kleinere, von der ausgedehnten Membran überzogene Zelle der Mutterzelle in mehr oder weniger grofser Ausdehnung anhaftete. Andere Zellen erreichten den Umfang einer Leberzelle, waren ebenfalls doppeltkonturiert und enthielten ein oder mehrere Körner; an einzelnen dieser Zellen hängen gröfsere, beinahe vollständig abgetrennte Sprosse. — Kulturen. Aus der intra vitam und nach dem Tode entnommenen Flüssigkeit gewannen die Verfasser Kulturen auf Seetang, besonders wenn dieselbe neutral und alkalisch war, und zwar in 4—5 Tagen bei gewöhnlicher Temperatur, in 3—4 Tagen bei 37°. Aus diesem Nährboden machten sie mit positivem Resultate Übertragungen auf Bouillon, Gelatine, Glycerin- und Zuckeragar, mit negativem Erfolge auf allen anderen Nährböden mit Einschlufs der Kartoffel und des Fruchtsaftes. Das Aussehen der Kulturen in Seetang, Gelatine, Glycerin- und Zuckeragar war identisch; die kaum entstandenen Kulturen bestehen aus einer Anhäufung von glänzenden Körnchen, von runder, ovaler oder Herzform; bei etwas älteren Kulturen sieht man im Zentrum und etwas aufserhalb desselben eine dunkle Granulationsmasse, welche von einer anderen aber hellen Körnermasse umgeben ist. In anderen, besonders den oberflächlichen Kolonien ist die ganze gekörnte Masse hell.

„Aus den Impfversuchen geht hervor, dafs das von uns kultivierte Blastomyces bei Tieren (Meerschweinchen, Kaninchen, Hunden) Neubildungen hervorrufen kann, die sich mit Vorliebe in den Lymphdrüsen lokalisieren, multiple Metastasen bilden und den Charakter einer raschen und tödlichen Kachexie tragen. Die vollständige Analogie in Bezug auf Sitz, Struktur und Verlauf, welche diese Neubildungen mit den beim Menschen beobachteten aufweisen, zeigt, dafs der Parasit wirklich in beiden Fällen das spezifische Agens ist. Dieses pathogene Blastomyces unterscheidet sich durch seine morphologischen Eigenschaften und besonders durch seine Entwickelungsweise auf den verschiedenen Nährböden von den durch Busse, Sanfelice, Maffucci und Sirleo untersuchten Formen. Auf den künstlichen Nährböden entwickelt sich der Pilz durch Sprossung der Mutterzelle oder durch Endosporen (?); wenn diese letzteren freigeworden sind, können sie durch Vergröfserung des eigenen Zellkörpers oder durch Sprossung die ursprünglichen rundlichen Zellen darstellen; die Form mit rudimentären Mycelien ist auf den Nährböden selten. Im tierischen

Organismus hingegen hat man folgende Formen: intensiv schwarz gefärbte Körperchen von verschiedener Gröfse, die wir als Sporen (?) betrachten; nicht selten, besonders beim Menschen und dem Meerschweinchen, konstatiert man eine Andeutung von Hyphen und Mycelien, die von den obengenannten Sporen auszugehen pflegen. Endlich sieht man mehr oder weniger grofse, in Sprossung oder Sporenbildung oder aber in Degeneration begriffene mehr oder weniger intensiv gelb gefärbte Zellen."

D'Anna, I Blastomiceti negli epiteliomi (*Policlinico*. Vol. II—c, S. 471. 1895). Verfasser hat nach der Methode von Sanfelice eine ganze Menge von Epitheliomen untersucht, nämlich: 25 Carcinome mit Malachitgrün und 44 verschiedene Epitheliome mit Ehrlichscher Flüssigkeit, im ganzen 69, worunter 1 Adenom, 26 Epitheliome des Malpighischen Netzes, 38 einfache Drüsenepitheliome und 4 atrophische Carcinome aus den Lieblingsstellen des Carcinoms. Von den 69 Epitheliomen waren 19 ulceriert. Er konnte keine sicheren Beziehungen konstatieren zwischen der Ulceration und dem Vorhandensein von Blastomyceten, weil er beinahe in keinem ulcerierten Tumor einen einzigen Parasiten gefunden hat. Die Spezifizität der Methode von Sanfelice giebt er nicht zu, weil z. B. bei der Färbung mit Malachitgrün und Safranin die Kernschichten der Epidermis und in der Schleimschicht alle in Verhornung begriffenen Zellen, die Sekrete der degenerierten Cysten in den Epitheliomen, die degenerierten Blutkörperchen in den Extravasaten und viele andere entarteten Elemente grün gefärbt werden. Nur viermal hat er sicher parasitäre Formen gefunden, nämlich in drei Drüsenepitheliomen der Mamma und in einem Falle von Nabelcarcinom oder dessen Metastasen im Peritoneum. Von den drei Mammacarcinomen waren zwei nicht ulceriert; beim dritten fand Verfasser nur in den Metastasen Parasiten, beim Nabelcarcinom sowohl im primären Tumor als in den Metastasen. Dieser Tumor war, wie die drei anderen nach dem Typus des Drüsenkrebses gebaut. Parasitäre Formen sah er ausschliefslich nur in den Drüsenkrebsen. Morphologisch stimmen dielben genau überein mit den Figuren von Roncali und den Beschreibungen von Sanfelice. Sie sind nicht sehr häufig, isoliert oder zu 2 und 3 bis 30 und 40 gruppiert, stets intracellulär, genau kugelförmig. Wo Degenerationszustände bestehen, findet man keine. Die isolierten oder zu zweien gruppierten Individuen sind gleichmäfsig gefärbt. Die Konturen sind von einem deutlichen, hellen, lichtbrechenden, mehr oder weniger breiten Hofe umgeben; der gefärbte Teil ist weniger lichtbrechend, gleichmäfsig geformt, strukturlos; nur ein einziges Mal hat er einen Parasiten mit konzentrischen Ringen gesehen. Zuweilen fehlte der periphere Ring, an anderen Stellen konstatierte er eine tiefere Färbung des zentralen Teiles der protoplasmatischen Substanz. In Teilung oder Sprossung begriffene Formen hat er keine gefunden. Die Gröfse der Elemente war verschieden, ebenso die Färbung, indem sich die gröfseren hellgrün, die kleineren dunkelgrün kolorierten. Er hält seine Gebilde für identisch mit denen von Sanfelice. Auch aus kleinen Elementen bestehende Kolonien hat er gesehen. Unter diesen haben die kleinsten keinen lichtbrechenden Hof. Die Formen mit Kolonien kommen fast ausschliefslich in nicht degeneriertem Gewebe vor.

Aufserdem hat d'Anna unregelmäfsige, gewundene, längliche, gleichmäfsig gefärbte Degenerationsformen ohne Hof gefunden, welche gewöhnlichen Detritus oder aber ganze Klumpen von konturloser Substanz bilden. Dieselben entsprechen den chromatolytischen Formen von Arnold, Hemming und denjenigen, die d'Anna in einer anderen Arbeit beschrieben hat. Neben diesen reinen Degenerationsprodukten findet man noch andere, welche leicht falsch ausgelegt werden könnten, rundliche oder dreieckige Gebilde, die 8—10 mal gröfser sind als Blastomyceten, gleichmäfsig aber schwach gefärbt, scharf konturiert aber ohne Hof, ferner falten- oder spiralförmig

angeordnete oder deutlich segmentierte, deren Bestandteile durch eine blassere Kittsubstanz verklebt sind und eine Art von Kügelchen enthalten, endlich ungleichmäfsig gefärbte Elemente mit hellen und dunklen Punkten. Alle diese Riesenformen unterscheiden sich von vielen von Roncali als Blastomyceten beschriebenen nur durch ihre Fältelungen. Doch betrachtet d'Anna die Riesenformen von Roncali nicht als Blastomyceten und hebt hervor, dafs zwischen diesen und seinen ein Übergang zu den Degenerationsformen bestehe. Sie kommen nämlich meist an Stellen vor, wo Degenerationszustände konstatiert werden können, selten im Krebsgewebe, auch stimmen sie weder bezüglich der Morphologie noch der Gröfse mit Blastomyceten überein. d'Anna zieht folgende Schlufsfolgerungen: 1. In den Tumoren kommen bisweilen Blastomyceten vor. Die Beweise hierfür findet er einerseits in den histologischen Arbeiten von Roncali und von ihm selbst, sowie in den Befunden von Maffucci, andererseits in der Thatsache, dafs diese Pilze von Sanfelice und Planese direkt aus den Tumoren isoliert worden sind. 2. Von den parasitären Formen mufs man eine Reihe degenerativer abtrennen. 3. Aus den bisherigen Untersuchungen läfst sich vorläufig noch nicht auf einen parasitären Ursprung der malignen Tumoren schliefsen. 4. Das Vorhandensein dieser Pilze in den epithelialen Neubildungen beweist noch keineswegs mit Sicherheit, dafs der neoplastische Prozefs unter dem pathogenen Reize des Parasiten zu stande gekommen ist. 5. Es scheint, dafs solche Blastomyceten in einer ganzen Reihe von krankhaften Prozessen angetroffen werden, dafs sie also keineswegs spezifisch für das Epitheliom sind.

Roncali, I blastomiceti nei sarcomi. Vorläufige Mitteilung (*Policlinico*. Vol. II—c, S. 484. 1895). Verfasser giebt kurz die Resultate seiner Untersuchungen an fünf Sarkomen: 1. In fünf Sarkomen aus drei verschiedenen Regionen und Geweben hat er konstant parasitäre Gebilde gefunden, bald spärlicher, bald häufiger. Dieselben stimmten bezüglich der Morphologie untereinander überein, ebenso mit den Blastomyceten, welche Sanfelice beschrieben und abgebildet und welche d'Anna selbst nach seinen Befunden in Adenocarcinomen des Ovariums gezeichnet hat. 2. Diese von ihm im Sarkome des Menschen beobachteten und zuerst als Blastomyceten aufgefafsten Parasiten reagieren auf die spezifischen Färbemethoden, widerstehen aber der Wirkung der Säuren und Alkalien in der gleichen Weise wie die von Sanfelice isolierten und die von d'Anna in den Adenosarkomen des Ovariums gefundenen Blastomyceten. 3. Diese Parasiten können sowohl intra- als extracellulär, zuweilen sogar intranukleär gelegen sein. Sie vermehren sich durch Sprossung, können im Jugendstadium ohne eine Membran und mit reichlichem chromatischen Protoplasma versehen sein oder aber später mit einer dicken Membran und wenig chromatischem, homogenen oder in verschiedener Weise granulierten Protoplasma; im Degenerationsstadium sodann fehlt das Protoplasma entweder ganz oder aber dasselbe ist so verändert, dafs es die Eigenschaft, sich mit Anilinfarben zu kolorieren, vollständig verloren hat.

Rossi Doria, La teoria blastomicetica del cancro. Kritische Übersicht (*Policlinico*. Bd. II—c, S. 486. 1895). Verfasser ist mit der Blastomycetentheorie des Krebses einverstanden.

Sanfelice, Sull' azione patogena de Blastomiceti (*Bollet. d. r. Accad. med. di Roma*. Jahrg. XXII. Heft IV, V. 1895—96) und „Über einen neuen pathogenen Blastomyceten, welcher innerhalb der Gewebe unter Bildung wolkenartig aussehender Massen degeneriert“ (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XVIII, S. 521. 1895). S. analysiert

zuerst die Arbeiten von Busse, welcher zuerst ein pathogenes Blastomycet beim Menschen isoliert, die Thatsachen aber falsch ausgelegt hat, indem er in einer früheren Arbeit von einem weichen Sarkome der Tibia, in einer späteren dann aber von einer unter dem Bilde einer chronischen Pyämie verlaufenen Infektion gesprochen hatte. Nun aber, meint Sanfelice, kann man nicht annehmen, dafs die Infektion eine chronische Pyämie war, weil aus der Krankengeschichte hervorgeht, dafs sie meist ohne Fieber verlief; man kann auch nicht von metastatischen Abscessen reden, weil in Milz, Nieren und Lungen ziemlich resistente Knötchen enthalten waren und die rahmartige Substanz zahlreiche Riesenzellen enthielt. Sanfelice meint, dafs es sich um ein weiches Sarkom der Tibia mit nachfolgender allgemeiner Verbreitung des Prozesses gehandelt habe.

Bezüglich der Arbeiten von Maffucci und Sirleo meint Verfasser, dafs sich diese Forscher keine richtige Idee über die pathogene Wirkung ihres Blastomycets auf die Versuchstiere gebildet haben; ihre Beschreibung einiger morphologischer Eigenschaften der Parasiten ist ungenau. Sie würden kaum in Irrtum verfallen sein, wenn sie, statt über die Morphologie des Pilzes an den vom Tiere entnommenen Formen zu urteilen, von der Untersuchung der Blastomyceten ausgegangen wären, die sich auf den gewöhnlichen Nährböden entwickeln. Dann hätten sie sich von der Unmöglichkeit überzeugen müssen, den hyalinen Teil, welcher die Blastomyceten im Organismus überzieht, als Zellkörper und den chromatischen zentralen Anteil als Kern auffassen zu können.

S. erklärt, dafs auch er aus verschiedenen malignen Tumoren des Menschen Blastomyceten isoliert hat, deren pathogene Natur bei Inokulationen auf Tiere sichergestellt wurde. Er erinnert daran, dafs Kahane Blastomycetenkulturen aus einem Uteruscarcinom gewonnen hat und dafs Curtis in einem myxomatösen Tumor des Oberschenkels eine grofse Menge runder Körperchen mit dicker hyaliner Zellmembran und körnigem Inhalt gefunden hatte, die sich ihre Struktur und Reproduktionsweise durch Sprossung als Blastomyceten zu erkennen gaben. Dieselben wurden kultiviert, einem Kaninchen inokuliert und erzeugten dort einen pomeranzengrofsen Tumor. Er erwähnt die Arbeiten von Corselli und Frisco, Roncali, Aievoli und hält sich dann des längeren auf bei derjenigen von Banti (I parasiti della malattia mammaria del Paget. Vorl. Mitteilung. *Lo Sperimentale.* Jahrg. XLVIII. 1894), einer sehr wichtigen Arbeit, weil Banti, noch bevor man die pathogene Wirkung der Blastomyceten kannte, eingeschlossene Körperchen fand, welche denen von Foá, Sudakiewitsch etc. ähnlich sehen und auch in Bezug auf ihre Reproduktionsweise durch Sprossung mit den Saccharomyceten übereinstimmten.

S. teilt dann die Resultate seiner Untersuchungen über ein neues Blastomycet, das Saccharomyces lithogenes mit, welches aus den Lymphdrüsen eines an primärem Carcinom der Leber zu Grunde gegangenen Stieres stammte. — Frische Präparate. Der Parasit erscheint unter der Form von mehr oder weniger runden Körperchen von verschiedener Gröfse mit einer lichtbrechenden, bei den gröfseren Exemplaren dickeren Membran und sehr lichtbrechenden Körnchen von verschiedener Anzahl und Gröfse im Inneren. Die Formen mit einem Hofe oder einer zweiten hyalinen Membran nach aufsen von der Zellmembran sind selten. Neben diesen Formen mit einer den Blastomyceten in den Geweben eigenen Struktur giebt es noch andere, entweder ganz homogene und das Licht wie Glas brechende Formen; andere sehen aus wie jene verkalkten Massen, die man zuweilen in pathologischen Geweben antrifft, andere wieder haben im Zentrum ein dickes, lichtbrechendes Korn, das von einer kleinen hellen Zone umgeben ist, welche ihrerseits von einem Hofe umringt ist, der dieselben Brechungsverhältnisse zeigt, wie die zentrale Partie.

Schnitte von Lymphdrüsen. Man findet auf denselben die Wiedergabe des primären neoplastischen Prozesses und hier und da Gruppen oder Massen von degenerierten Blastomyceten und spärlich gutgefärbte normale Formen.

Kulturen. Das Saccharomyces lithogenes entwickelt sich ganz gut sowohl auf den gewöhnlichen neutralen oder leicht alkalischen als auf den mittelst Weinsteinsäure angesäuerten Nährböden. Auf Agar- und Gelatineplatten bemerkt man nach einigen Tagen bei gewöhnlicher Temperatur gröfsere oberflächliche und tiefergelegene kleinere Kulturen; die ersteren sind rund, von der Gröfse eines Stecknadelkopfes, weifs, an der Oberfläche kugelförmig erhaben; die letzteren sind leicht dunkelgelb gefärbt, mit scharfen Rändern. Die Stichkulturen (Gelatine — Agar) entwickeln sich ziemlich üppig an der Oberfläche und längs der Stichlinie. Auf der Oberfläche bildet sich ein weifses, scharfkonturiertes Scheibchen von feuchtem Aussehen; längs der Stichlinie sieht man einen weifsen Streifen, der aus einer Reihe dicht zusammengedrängter Kolonien besteht. Die Gelatine wird nicht verflüssigt. Ebenfalls üppiges Wachstum auf Nährböden mit Zusatz von 1% Traubenzucker. An der Oberfläche von Agar in beim Erstarren schief gehaltenen Gläsern beobachtet man zuerst ein weifses, homogenes Häutchen mit scharfen Rändern, das sich beim Älterwerden in der Mitte zusammenfaltet und leicht gelblich färbt. Sehr charakteristisch sind die Kartoffelkulturen: in den ersten Tagen bildet sich ein dünnes, kaum zu unterscheidendes Häutchen, das später zu einem trockenen Scheibchen mit scharfen Rändern, höckeriger Oberfläche und intensiv brauner Farbe wird. Diese Färbung bleibt aus, wenn man die Kartoffel bei 37° im Thermostaten erwärmt. Üppiges Wachstum ferner in den zuckerhaltigen oder mit Weinsteinsäure angesäuerten Flüssigkeiten. Mit allen diesen Eigenschaften unterscheidet sich das Saccharomyces lithogenes nur wenig vom Saccharomyces neoformans; der wichtigste Unterschied liegt in der besonderen Entartungsweise im Organismus.

Hängender Tropfen. Meist runde, kleine oder grofse Elemente, von denen die kleinen eine kaum sichtbare Membran und ganz homogenen Inhalt führen, die gröfseren von einer ziemlich dicken Membran umgeben und mit einem Protoplasmainhalt versehen sind, der aus einer lichtbrechenden und einer hyalinen Substanz besteht. Die lichtbrechende Substanz liegt der Membran wie ein Ring oder Halbmond an oder sie hat die Form eines dicken zentralen Korns oder von kleinen Körnchen, die meist mit dem Zentrum verbunden sind. Keine Andeutung von kalkiger Entartung. Die Membran unterscheidet sich an Dicke und Brechvermögen des Lichtes von den analogen Gebilden im Organismus. Nirgends Doppelmembranen.

Vervielfältigung. Im hängenden Tropfen sieht man nach einiger Zeit von einem gewissen Punkte der Oberfläche einen kleinen Sprofs ausschiefsen, der immer gröfser wird, während sich an einem anderen Punkte ein zweiter bildet. Auf diese Weise entstehen kleine Kolonien. Der oder die glänzenden Kerne nehmen an der Sprossung nicht teil. Die kleinen Sprosse lösen sich schliefslich von der Mutterzelle ab, enthalten zunächst eine homogene Masse, die sich mit dem Gröfserwerden der Zelle in zwei Substanzen differenziert, wovon die eine lichtbrechend, die andere hyalin ist. Nirgends eine Bildung von Filamenten oder Hyphen.

Mikrochemische Reaktionen. In schwachen oder starken Säuren oder Alkalien verändern sich die Elemente selbst in der Wärme nicht. Sie lassen sich mit den meisten alkoholischen oder wässerigen Anilinfarben färben und zwar die jüngeren gleichmäfsig, so dafs man nichts von Struktur in ihrem Innern erkennen kann. Bei den gröfseren färbt sich die lichtbrechende Substanz intensiver als die hyaline.

Experimente an Tieren (Meerschweinchen):

α. Inokulationen im Unterhautzellgewebe. An der Inokulationsstelle bildet sich

ein erbsen- bis haselnufsgrofser, teigiger, der Haut wenig adhärierender Tumor. Bedeutende Schwellung der axillaren und inguinalen Lymphdrüsen; einzelne Knötchen im grofsen Netze; mesenteriale Lymphdrüsen etwas vergröfsert; kleine schmutzigweifse Flecke an der Oberfläche der Milz, die wenig vergröfsert ist; Leber und Därme von normalem Aussehen. Die Meerschweinchen starben nach ca. 2 Monaten.

β. Direkte Inokulationen in die Leber. An der Inokulationsstelle entwickelt sich eine neugebildete Masse von gelblichweifser Farbe und um diese herum verschiedene über die Oberfläche aufragende kleinere. Die Meerschweinchen starben nach einem Monat.

Untersuchung der frischen Lymphdrüsen. Viele freie und eine geringe Anzahl innerhalb der Lymphkörnchen gelegene Parasiten. Von den ersteren haben einige eine lichtbrechende Membran, die bei den kleineren Zellen weniger dick als bei den gröfseren ist; wieder andere haben einen hyalinen Hof, der die lichtbrechende Membran umgiebt. Den Inhalt bildet meist ein homogenes Protoplasma, in welchem Körnchen liegen. Neben diesen normalen Formen giebt es solche, die das Licht stark brechen und den Eindruck gewähren, als ob ein stark lichtbrechender Ring einen ebenfalls stark lichtbrechenden zentralen runden Körper umgebe. Der Degeneration können Blastomyceten verfallen, die in Sprossung begriffen sind und noch untereinander verbunden sind; dann bilden sich grofse Massen mit konzentrischer Anordnung der einzelnen Elemente. Durch eine Reihe von chemischen Untersuchungen hat Verfasser feststellen können, dafs die verkalkten Massen aus Kalkphosphat bestehen. Die kalkige Degeneration kommt ausschliefslich im lebenden Organismus, niemals in den Kulturen vor. Die Verkalkung beginnt an der Peripherie der Blastomyceten. Die Blastomyceten im Innern der Lymphkörperchen sind von einem hyalinen Hof umgeben und enthalten lichtbrechende Körperchen. Die Zellen mit seitlich anhängenden Filamenten sind selten.

Histologische Untersuchungen. Das Saccharomyces lithogenes färbt sich in gleicher Weise wie das Saccharomyces neoformans. Die Tumoren an der Inokulationsstelle bestehen aus einem Netze jungen Bindegewebes, in dessen Maschen zahlreiche Zellenelemente vorkommen. Die meisten dieser letzteren besitzen einen intensiv gefärbten Kern und einen kleinen Zellkörper, nur wenige einen kleinen, nach der Peripherie der Zelle verdrängten Kern, der ihnen das Aussehen eines Lymphkörperchens giebt. Die Struktur dieser Tumoren läfst sich nicht vergleichen mit derjenigen beim Menschen und an höheren Säugetieren. Die parasitären Formen sind nur spärlich. Die kleinsten besitzen eine intensiv gefärbte, sehr dünne Membran und einen aus zwei Substanzen bestehenden Zelleninhalt, von denen die eine schwächer gefärbt und homogen ist, die andere intensiver koloriert und gekörnt. Von den gröfseren haben die einen zwei Membranen, von denen die innere, lichtbrechende intensiv, die äufsere, hyaline weniger stark gefärbt ist, und einen ebenfalls aus zwei verschieden stark gefärbten Substanzen bestehenden Inhalt; oder aber eine hyaline Kapsel und einen intensiv gefärbten homogenen Zellinhalt. Diese letzteren gleichen den Russelschen Körperchen. Andere Elemente haben zwei Membranen und innen auf einem schwach gefärbten Grunde einen spärlichen chromatischen Inhalt. Viele endlich mit sehr schwach gefärbtem Zellinnern ohne Körnchen sind in Degeneration begriffen, indem in der hyalinen Zellmembran bereits Kalkphosphatablagerungen stattfinden. Parasiten findet man ferner in den Lymphdrüsen, in der Milz, der Leber, den Nieren, den Lungen und im Gehirn. In den Nieren sind die wichtigsten Veränderungen, zahlreiche Pilze und viele Kalkmassen. In der Corticalis sieht man Knötchen, die aus zelligen Elementen von vielleicht bindegewebigem Ursprunge bestehen und in deren Zentrum viele parasitäre Formen führen. Diese Knötchen zeigen

keinen entzündlichen Charakter, indem die Elemente aus denen sie sich zusammensetzen, nicht das Aussehen von Wanderzellen haben. Keine Veränderungen im Nierenepithel. Auch in den Lungen sind zahlreiche Knötchen zu sehen; dieselben bestehen gröfstenteils aus Elementen des proliferierten interstitiellen Bindegewebes, in deren Mitte sich zahlreiche Zellen mit intensiv gefärbtem Kerne befinden; die Pilze liegen zwischen den Bindegewebselementen. Auch in der Leber besteht das neugebildete Gewebe aus einem bindegewebigen Stroma, das viele Riesenzellen und einkernige Zellen vom Aussehen der Leberzellen, ferner Lymphkörperchen enthält. Mitten in solchem Gewebe konstatiert man Kalkmassen und spärliche, gutgefärbte Parasiten.

Das Saccharomyces lithogenes veranlafst also beim Meerschweinchen eine allgemeine Infektion, die sich allen Organen mitteilt und zwar vorzugsweise auf dem Lymphwege. Das Saccharomyces lithogenes ist auch pathogen für die weifsen Ratten und das Schaf, wo es rasch der Degeneration verfällt.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Mai 1897.

(Original-Bericht von L. Hoffmann-Berlin.)

Herr Prof. Lesser: **Primäraffekt an der unteren Zungenfläche.** Diese Lokalisation ist extrem selten und kann eventuell zu unheilvollen diagnostischen Irrtümern veranlassen durch Verwechselung mit Carcinomen und Sarkomen. In diesem Falle ist die Diagnose durch die Jugend des Patienten, das Aussehen des Geschwürs und die allgemeine Drüsenschwellung gesichert. Vor zwölf Wochen fand der letzte Coitus statt, jedoch ist anzunehmen, dafs der junge Mann nicht bei dieser Gelegenheit, sondern vor fünf Wochen, als er in einem Restaurant mit weiblicher Bedienung seinen Geburtstag feierte, entweder durch einen Kufs oder, was Vortragender für wahrscheinlicher hält, indirekt durch ein lädiertes Bierglas, aus dem die Kellnerin mittrank, infiziert worden ist. Bei der Lästigkeit der Affektion für den Patienten und der grofsen Infektionsgefahr für seine Umgebung leitet L. hier ausnahmsweise die antisyphilitische Kur vor Auftreten der Sekundärerscheinungen ein.

Derselbe stellt ein junges Mädchen mit einem über den ganzen Körper verbreiteten **universellen Leukoderma syphiliticum** vor. Infektion vor 5—6 Monaten.

Herr Heller stellt einen 54jährigen Patienten vor, der in früheren Jahren aufser einer Blennorrhoe ein seiner Natur nach zweifelhaftes Ulcus gehabt hat. Im Jahre 1890 wurde er jedenfalls von Herrn Prof. Behrend wegen eines Exanthems einer Schmierkur unterworfen. Von dieser Zeit an bemerkte Patient an seinem linken Zungenrande eine wunde Stelle, welche im Laufe der Zeit zu einem mifsfarbigen Geschwür mit wallartig aufgeworfenen, tumorartigen Rändern angewachsen ist. Bemerkenswert ist das langsame Wachstum sowie die therapeutische Erfolglosigkeit von Hg und J. Da **Kankroïd** vorliegt (die mikroskopische Untersuchung hat Krebs-

zwiebeln ergeben), so ist die Operation erforderlich. Doch hat eine solche auch nur geringe Aussichten quoad vitam, da nach seiner eigenen Zusammenstellung solcher Fälle die Operierten nur noch 19 Monate nach der Operation leben. — Im Anschluſs hieran berichtet er über einen anderen Patienten, der, im Jahre 1890 syphilitisch infiziert, im Oktober vorigen Jahres wegen Plaques im Munde zu ihm kam. Im November und Dezember durch JK und Ätzungen von seinen Schleimhautaffektionen gänzlich befreit, zeigte derselbe bereits im Februar d. J. ein **Kankroid des linken Zungenrandes**, welches in der königlichen Klinik operiert worden ist. Unmittelbar nach der Operation stellte sich jedoch schon ein Recidiv ein. Vortragender bedauert, daſs eine Zusammenstellung dieser pseudosyphilitischen Neubildungen nicht existiert.

Herr Lederмann stellt einen Kranken vor, welcher an der inneren Seite des linken Knies, besonders über den Krampfadern, einen diagnostisch nicht ganz klaren, stark juckenden Ausschlag zeigt, nach seiner Meinung einen **Lichen ruber planus**, während von anderer Seite Lues diagnostiziert worden ist.

Herr Blaschko stellt einen Patienten vor, der einen auf den ersten Anblick erkennbaren **Lichen ruber planus** von gruppenförmiger Anordnung auf beiden Vorderarmen zeigt, ohne daſs Jucken besteht. Als Patient im vorigen Jahre syphilitisch infiziert worden war, wies er bereits, neben einem makulösen Exanthem am übrigen Körper, an diesen selben Stellen jene doldenförmigen Gruppen von Syphiliden auf, wie sie schon mehrfach beschrieben sind, wo um eine zentrale gröſsere Papel eine Anzahl kleinerer sich gruppieren. Diese Papeln zeigen häufig echten Lichencharakter, und so war es auch hier; und diese Gruppen sind geblieben, nachdem die übrigen Erscheinungen infolge einer Schmierkur zurückgegangen sind. Ob es sich um einen Lichen syphiliticus oder um einen gewöhnlichen Lichen ruber bei einem Syphilitischen handelt, die Frage zu erörtern, hält Vortragender für müſsig, so lange die Gesetze nicht bekannt sind, nach welchen die syphilitischen Ausschläge sich bilden.

Herr Rosenthal demonstriert einen typischen Fall von **Alopecia syphilitica** bei einem therapeutisch vernachlässigten Kranken und zwar nicht nur des Kopf-, sondern auch des Barthaares und der Augenbrauen. Auf der Brust besteht ein Eccema seborrhoicum.

Herr Isaac stellt eine Patientin mit **Alopecia syphilitica** und einem makulösen Exanthem vor, die vor zwei Jahren infiziert aber nicht behandelt worden ist und vor einem halben Jahre die ersten Erscheinungen bekommen hat.

Herr S. Kalischer: **Über syphilitische Veränderungen bei Tabes dorsalis mit Krankenvorstellung.** Die vorgestellte Patientin, eine 53jährige Hebeamme, ist bis zu ihrer Verheiratung im Jahre 1864 stets gesund gewesen. Acht Monate nach der Hochzeit brachte sie ein Kind zur Welt, welches nach einigen Tagen starb, und wechselte dann dreimal je mit einer richtigen Geburt und einem Abort ab. Zwei Kinder leben noch, das dritte ist im Alter von 20 Jahren an einer Hirnkrankheit zu Grunde gegangen. 1885 bekam sie die ersten „rheumatoiden" Schmerzen, 1891 muſste sie bereits wegen hochgradiger Ataxie das Bett hüten und jetzt zeigt sie bereits alle möglichen tabischen Störungen. 1888 traten nun auf der Haut ihrer Vorderarme bräunliche Flecken, wie Sommersprossen, auf, welche zuerst für trophoneurotische Störungen gehalten wurden, sich aber dann als knotiges syphilitisches Exanthem herausstellten. Es ist demnach anzunehmen, daſs 1864 eine syphilitische Infektion erfolgt ist, 1885 die ersten Anzeichen einer Tabes und erst 1888 Erscheinungen einer manifesten Lues sich einstellten. Diese Komplikation von Tabes mit manifester Lues ist sehr selten. In der Litteratur sind nur wenige Fälle angegeben. In der Zusammenstellung von Westhöfer aus dem pathologischen Institut der Charité befinden sich unter 61 Fällen von Tabes, in denen die vollständige Obduktion gemacht ist,

30 mit ausgeprägt, 14 mit wahrscheinlich luetischen Erscheinungen. Ferner giebt es eine Reihe von Fällen mit tabischen Erscheinungen bei gleichzeitiger Syphilis des Gehirns und Rückenmarks, in anderen entwickelt sich aus einer Syphilis des Zentralnervensystems später eine Tabes. Die Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis werden ferner durch folgende Thatsachen illustriert: Die infantile Tabes (bis zum zehnten Jahre) ist eine Pseudotabes syphilitica, die juvenile (nach dem zehnten Jahre) ist eine echte Tabes; beide sind jedoch auf Syphilis acquisita oder hereditaria zurückzuführen; andere Kausalmomente fallen in diesem Alter fort. Die reflektorische Pupillenstarre kommt nur vor bei Syphilis des Gehirns, bei progressiver Paralyse und bei Tabes. Arteriosklerose, Ulcerationen der Nasen- und Mundschleimhaut, gewisse Knochenbrüche kommen bei beiden Krankheiten häufig vor. Die mannigfachen Hauterscheinungen bei Tabes sind sonst auf trophoneurotische Störungen zurückzuführen. Was die Therapie anbetrifft, so ist eine antisyphilitische Kur unbedingt anzuraten, besonders im Frühstadium, Nachteile sind von einer solchen nicht zu erwarten, wenn auch einige ein schnelleres Fortschreiten einer bestehenden Opticusatrophie beobachtet haben wollen. Auffallend ist der Erfolg bei der gummösen Infiltration der Meningen. Sie unterscheidet sich von der Tabes dadurch, daſs die Neuralgien häufiger einseitig sind, die Wirbelsäule schmerzhafter ist und die Veränderung der Sensibilität alle drei Arten derselben (Druck-, Temperatur- und Tastsinn) umfaſst. Die Lues cerebrospinalis unterscheidet sich von der Tabes dadurch, daſs die Opticusatrophie bei Tabes progressiv, mit Ausfall des Gesichtsfeldes und Störungen des Farbensinnes auftritt, bei Gehirnsyphilis mehr fluktuierend und mit zentralem Skotom; auſserdem finden sich bei Tabes frühzeitig Veränderungen des Augenhintergrundes.

Herr Isaac: Krankenvorstellung. Bei dem 72jährigen Patienten stellten sich vor zwei Jahren Zeichen einer Ösophagusstriktur ein, und es wurde mit der Sonde ein Hindernis in der Nähe der Cardia festgestellt. Vor einem Vierteljahr zeigten sich nun **auf der Haut schwarze Flecken**, sommersprossenartig, welche allmählich gröſser wurden, im Anfang juckten, später nicht mehr. Es lag die Diagnose eines melanotischen Tumors im Ösophagus mit Hautmetastasen nahe, die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch nichts derartiges, sondern nur die Zeichen einer chronischen Entzündung, ähnlich wie bei der Tuberkulose der Haut: nämlich in den oberen Epidermisschichten eine mäſsige Akanthosis, zwischen den Stachelzellen Leukocytose, im Stratum Malpighii nur geringe Pigmentation, in den oberen Cutisschichten kompakte Rundzelleninfiltration (mit Mast- und Plasmazellen), in den tieferen nur um die Gefäſse herum; auſser dieser diffusen Infiltration finden sich einzelne circumskript stehende Infiltrationsknoten, in denen sich Gebilde finden, welche mit Riesenzellen Ähnlichkeit haben. In Betracht kommen auſserdem: Naevi, Lentigines und Hämatome mit nachfolgender Pigmentbildung. Die Untersuchung des Urins auf Melanin hat keine Schwarzfärbung ergeben.

Herr Meissner glaubt, daſs es sich hier um eine Tuberkulose der Haut handelt; die kritischen Gebilde in den Infiltrationsknoten hält er für Riesenzellen im Gegensatz zu Herrn Joseph, der dieselben als Gefäſsdurchschnitte ansieht. — Herr Blaschko findet nichts, was für Tumorenbildung spräche; die betreffenden Hautstellen zeigen keinerlei Anschwellung, auſserdem gehen die groſsen schwarzen Flecken nicht aus ebensolchen kleinen hervor (wie das bei melanotischen Geschwülsten sein müſste), sondern sie gehen aus erythematösen Papeln hervor, welche im Laufe der chronischen Entzündung pigmentiert werden. Die fraglichen Gebilde in den Infiltrationsknoten hält er dagegen für Gefäſslumina, die jedesmal das Zentrum eines Infiltrationsherdes bilden. Vielleicht handelt es sich um einen abnormen Fall von Lupus erythematodes? — Herr Joseph, der den Fall schon vorher gesehen hat, glaubt eine gewisse Knoten-

bildung wohl konstatieren zu können. Zu der Annahme einer Tuberkulose kann er sich nicht entschliefsen, dagegen möchte er der von Herrn Berger geäufserten Ansicht Ausdruck geben, dafs **Akanthosis nigricans** hier vorliege. Freilich sei die Akanthosis nicht ausgesprochen, dagegen stimme hierzu die Pigmentierung, sowie der Umstand, dafs in allen berichteten Fällen ein Carcinoma oesophagi oder ventriculi vorgelegen habe. — Herrn Berger ist sofort die Ähnlichkeit mit einem früher gesehenen Fall von Akanthosis nigricans aufgefallen. — Herr Prof. Lassar bittet dringend, solche diagnostisch unaufgeklärten Fälle wieder vorzustellen.

Herr Plonski: **Einige Fälle von Hautgeschwülsten.**

1. Das 7jährige Mädchen weist eine beträchtliche Schwellung der linken Backe auf, welche seit dem zweiten Lebensjahre sich gebildet hat. Durch die Haut scheinen verschiedene Stellen bläulich durch und fühlen sich als einzelne erektile Knoten an: es handelt sich um **Angiome**, deren Anlage eine embryonale, deren Ätiologie nicht ganz klar ist.

2. Eine 35jährige, dekrepide Patientin hat vor fünf Jahren auf dem Rumpfe kleine Hautgeschwülstchen bekommen, wie blasige Erhabenheiten aussehend, welche anfangs rot, später blafs waren. Man konnte an leukämische Tumoren sowie an Hautgummata denken, die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch **Hautfibrome.**

3. Der 72jährige Patient hat vor zwei Jahren, angeblich nach einer Verletzung, einen kleinen schwarzen Fleck auf der linken Wange bekommen, welcher zu einem schwarzen Tumor von Kleinapfelgröfse herangewachsen ist. Die mikroskopische Untersuchung ergab: **Spindelzellensarkom.**

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 26. April 1897.

(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Hauthorn. Herr Couilland stellt einen 70jährigen Patienten vor mit einem 12—14 cm langen Hauthorn in der Gegend des Sternoclaviculargelenkes. Dasselbe hat sich in einem Zeitraume von 3 Jahren zu dem jetzigen Umfange entwickelt.

Warzenartige Exkrescenzen am Präputium. Herr Renault. Dieselben haben sich bei dem 49jährigen Patienten zuerst in seinem 19. Lebensjahre gezeigt, sind im Sulcus balanopraeputialis entstanden und haben nach und nach das Präputium perforiert, das vor circa 3 Jahren vollständig abgefallen ist, so dafs eine Circumcision besteht. Der Perforation war eine hochgradige Phimose und Balanitis vorangegangen. Der Kranke führt, und zwar nach Herrn R.s Ansicht mit vollem Recht, seine Affektion auf Ansteckung durch Berührung des Penis beim Urinieren mit den Fingern, die zahlreiche Warzen trugen, zurück.

Sclérodermie en plaques. Herren Darier und Gaston. Die junge Frau zeigt an der Wange, der Schulter und am linken Arme etwa 10 erythemato-tuberöse Plaques, welche über das Hautniveau hervorragen, teilweise pigmentiert sind, normale Epidermis und beträchtliche Infiltration bei der Berührung aufweisen; die Sensibilität ist erhalten. Die Affektion dauert bereits 4 Jahre. Die Ignipunktur und zahlreiche Sitzungen von Skarifikation sind ohne jeden Erfolg geblieben. Die Diagnose schwankte zwischen einer abnormen Form von Tuberkulose, Lepra, Mykosis fungoides und verschiedenen Neoplasmen. Mikroskopisch konstatierte man eine fibröse Hyperplasie der Cutis und Subcutis (Dermatosklerose), wobei die neugebildeten Bindegewebsbündel ein eigentümliches granuliertes Aussehen und eine besondere Farbreaktion zeigten. Therapeutisch erwies sich die Elektrolyse als von ausgezeichnetem Erfolge.

Intravenöse Injektionen löslicher Quecksilbersalze bei der Behandlung der Syphilis. Herr ABADIE. Seit seiner letzten Mitteilung in der dermatologischen Gesellschaft über diese Frage hat A. an seiner Klinik keine andere Methode angewandt. Besonders eignen sich hierzu Individuen mit einem gut entwickelten Venennetze am Arme. Als Vorteile werden angegeben: Schmerzlosigkeit, Fehlen von subkutanen Infiltraten und Knotenbildungen, wie dies bei den subkutanen Injektionen zu geschehen pflegt. Sie sind vollständig gefahrlos, wenn aseptisch vorgegangen wird: Reinigen der Injektionsstelle mit Sublimat, Alkohol etc., Anwendung einer vollständig aus Glas angefertigten Spritze mit Platiniridiumkanüle, die vor dem Gebrauche an der Spiritusflamme erhitzt werden muſs. Etwas schwieriger gestaltet sich die Ausführung der Injektion selbst und meist wird es nötig sein, den Arm ungefähr in der Mitte mit einem Schlauche oder elastischen Bande zu komprimieren, um die Venen deutlicher erscheinen zu lassen. Neben der leichten Ausführungsweise hat die Methode auſserdem noch den Vorteil rascher zu wirken. Während meist die alle zwei Tage wiederholte Injektion von 0,01 Cyanquecksilber genügt, muſs dieselbe in gewissen Fällen von schwerer Infektion mit parenchymatöser Keratitis und Iridochorioiditis alle Tage gemacht werden.

Herr JULLIEN ist mit Herrn R. bezüglich der ausgezeichneten und raschen Wirkung sowie der Unschädlichkeit der intravenösen Quecksilberinjektionen einverstanden, meint aber, daſs ihre Anwendung bei den Frauen etwas schwierig sei.

Über Lichen planus der Mundhöhle. Herren DUBREUILH und FRÈCHE. Der auf die Mundhöhle beschränkte Lichen planus ist erst in den letzten Jahren bekannt geworden, während man ihn früher stets als Teilerscheinung eines Lichen der äuſseren Haut beschrieben hat. Das Aussehen des Lichen der Mundhöhle variiert, je nachdem er die Zunge oder die Wangenschleimhaut befällt. Auf der Zunge bildet er weiſse, glatte Plaques, welche als ein graulicher Überzug der interpapillären Räume beginnt und schlieſslich die Papillen selbst überzieht, verdeckt. Man hat somit im Beginne das Bild eines feinen Netzes, in dessen Maschen die rosarötlichen Papillen liegen. Auf der Wangenschleimhaut erscheint die Eruption in der Form von runden Körnern von silberweiſser Farbe, neben feinen anastomosierenden und dendritischen Streifchen, die ganz scharf begrenzt sind, sich hart anfühlen und in ihrer Umgebung nichts von Entzündung oder Infiltration bemerken lassen. An der Zunge kann der Lichen mit der reinen Leukokeratose verwechselt werden; diese letztere beginnt als ein weiſser Punkt auf der Spitze einzelner Papillen, zwischen denen sich ein System reinweiſser Linien ausbildet, so daſs auch ein Netz entsteht, dessen Maschen durch die Papillen gebildet werden.

Über den nasalen Ursprung des Gesichtslupus. Herren MÉNEAU und FRÈCHE. Die Untersuchung von 95 Fällen von Gesichtslupus an der dermatologischen Klinik in Bordeaux ergab die auſserordentliche Häufigkeit einer Ausbreitung des Lupus von der Nasenhöhle über die Gesichtshaut entweder direkt durch die Nasenöffnung oder aber durch die Thränenwege. Ein genaues, einläſsliches Ausfragen der Patienten dürfte sehr häufig die Ursprungsstätte der Affektion erkennen lassen. Vielleicht sind viele Fälle von tuberkulöser Adenitis des Halses auf verkannte lupöse Läsionen der Nasenhöhle zurückzuführen, die sich ausschlieſslich durch Hypersekretion der Nasenschleimhaut zu erkennen geben.

Chronische Frostbeulen. Herr MÉNEAU. Frostbeulen können ausnahmsweise bei Erwachsenen und Greisen auftreten, die vorher nichts derartiges erkennen lieſsen. Je älter dann die Patienten sind, um so hartnäckiger gestaltet sich die Affektion, die in ihrer chronischen Form relativ selten ist und eine erythematöse und eine ulceröse Form aufweisen kann. Sie zeichnet sich aus durch ihren chronischen Verlauf, indem

sie zwar im Sommer an Intensität abnimmt, niemals aber vollständig verschwindet. An Stelle der flachen, torpiden Geschwüre, wie man sie bei jugendlichen Individuen findet, sehen wir bei älteren Individuen tiefere cutane Ulcerationen, die meist an den Fingerspitzen liegen, sehr schmerzen und die Patienten am Gebrauche ihrer Hände hindern. Die Entzündung der Haut ist diffuser, die Läsionen dauerhafter. Aufserdem bestehen Veränderungen an den Nägeln: leichte Hyperkeratose des Nagelbettes, laterale oder mediane Ablösung des Nagels. Differentialdiagnostisch kommen in Frage die Raynaudsche Krankheit, die aber in Paroxysmen verläuft; der Lupus erythematosus, dessen Plaques aber anders aussehen und welcher zu Narben führt, ohne dafs vorher Ulcerationen bestanden haben. Die Pathogenese der Affektion hängt von verschiedenen Umständen ab: verschiedene Störungen der Cirkulation und Innervation, Atherom.

Die kontinuierlichen Akrodermatitiden. Herr Hallopeau hat früher diesen neuen Krankheitstypus unter der Bezeichnung recidivierende eiterige Polydaktylitis beschrieben; diese Bezeichnung hat sich aber als unpassend erwiesen, indem sich die Affektion in einzelnen Fällen nicht über das vesikulöse Stadium entwickelt und nicht ausschliefslich auf die Finger beschränkt bleibt, sondern auf Hände, Füfse, Hand- und Fufsgelenkgegend übergreifen kann. Während ihre Ursache auf verschiedene pathogene Agentien zurückgeführt werden mufs, scheint ihr besonderes Aussehen von der Dicke der Epidermis in diesen Gegenden abzuhängen. Die Mikroorganismen dringen tief in dieselbe hinein, verwachsen sich und können nicht eliminiert werden, weshalb es immer wieder zur Entstehung neuer Bläschen und Pusteln kommt. Die erfolgreichste Therapie dieser äufserst hartnäckigen Dermatose scheint in der wiederholten Anwendung starker Höllensteinlösungen zu bestehen.

Metamere Lokalisationen der zosterartigen Naevi. Herren Hallopeau und Weil. Diese vaskulösen Naevi sind mit Ernährungsstörungen verbunden, die sich durch langdauernde Eiterungen, Atrophien, multiple Syndaktylien kennzeichnen und sich stellenweise nach Art eines Herpes zoster ausbreiten. Auf den ersten Anblick machen sie den Eindruck von trophoneurotischen Störungen. Ihre Lokalisation stimmt aber nicht überein mit dem Ausbreitungsbezirke der Nerven und auch nicht mit den Voitschen Linien. Sie haben wahrscheinlich, wie dies Brissaud für den Herpes zoster angenommen hat, einen metameren Ursprung, indem es sich offenbar um eine Störung in der embryonalen Entwickelung der primären Rückenmarkssegmente handelt.

Über postlupöse Atresien und ihre Behandlung. Herren Hallopeau, Le Dentu und Weil. Diese Atresien können zum vollständigen Verschlusse aller natürlichen Öffnungen im Gesichte führen: an den Augen können die beiden Lider unter sich und mit der darunterliegenden Conjunctiva verwachsen; die Mundöffnung kann sich bis auf einen ganz feinen, kaum den kleinen Finger durchlassenden Gang verschliefsen; trotzdem kann die Ernährung und die Sprache (bis auf die Artikulation der Labialen) ziemlich erhalten bleiben. Nach einer Beobachtung von Le Dentu läfst sich operativ, besonders an der Mundöffnung, ziemlich viel erzielen. Die beinahe vollständige Obliteration der Nasenöffnungen kann ohne funktionelle Störung vor sich gehen, ja sie scheint sogar das Individuum gegen Coryza zu immunisieren.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Dermatologische Gesellschaft von Groſsbritannien und Irland.

Sitzung vom 25. November 1896.

(*The British Journal of Dermatology.* Januar 1897.)

Dr. Ph. Abraham spricht über **Myiasis der Haut.** Mit diesem Namen bezeichnet er diejenigen Affektionen, welche durch Insekten, insbesondere Mücken und Fliegen verursacht werden.

Hierauf demonstriert der Vortragende: 1. ein 16jähriges Mädchen mit **Tinea versicolor** auf dem Rücken und einer Anzahl von roten, flachen **Lichen planus**-Papeln am Halse, auf Brust und Rücken und an den Armen und Beinen. Die Affektionen, die seit sechs Wochen bestehen, sind wegen der Coincidenz von Interesse.

2. ein kleines Mädchen mit **Alopecia areata** ohne Haarstümpfe oder irgend ein Zeichen von Tinea tonsurans. Nur eine ganz kleine, umschriebene Stelle zeigt die charakteristischen abgebrochenen, kurzen Haare und den Trichophytonpilz. Der Fall bestärke die Ansicht von Jonathan Hutchinson, daſs wahrscheinlich die meisten Fälle von Alopecia areata auf den Trichophytonpilz zurückzuführen seien.

Hierzu bemerkt Dr. Payne: Er neige zu der Ansicht, daſs das, was als Alopecia areata beschrieben sei, nicht immer dasselbe Ding bedeute. Die Bezeichnung drücke doch zumeist die letzte Phase der Zerstörung des Haares aus. In diesem Stadium sei es dann unmöglich zu sagen, welches die erste Ursache der Krankheit gewesen sei. Zwei im Beginne vielleicht gut von einander zu unterscheidende und durch verschiedene Ursachen bedingte Krankheiten liefen häufig auf dasselbe Resultat, hier auf glatt polierte und rasierte Stellen der Kopfhaut hinaus, die Alopecia areata hieſsen. — Dr. Stowers hat vor 12—13 Jahren mehrere Fälle im *Lancet* beschrieben, bei denen die Alopecia und die Tinea tonsurans an verschiedenen Stellen desselben Kopfes gleichzeitig bestanden hätten. — Dr. Harrison hatte mehrere Knaben derselben Familie wegen ausgesprochener Tinea tonsurans in Behandlung. Nachdem die Kinder gesund geworden waren, konsultierte ihn der Vater derselben wegen einer kahlen Stelle im Backenbart. Auch die sorgfältigste Untersuchung vermochte keinen Pilz festzustellen.

Dr. Harrison spricht über **Bluterythem** und berichtet über einen Arzt, der jedesmal eine starke Hautreizung wahrnahm, sobald nach einer Operation arterielles Blut auf seine Hände oder Arme oder einen anderen Körperteil gespritzt und abgewaschen worden war.

Dr. Stowers stellt einen **Fall von traumatischer Alopecia** vor. Ein 10jähriger Knabe stürzte vom Dache herab, erlitt eine Fraktur des linken Parietalbeines und war drei Tage bewuſstlos. Drei Monate lag er im Hospital. Die Kopfwunde war längst abgeheilt, als das Haar auszufallen begann. Der Fall gilt als prägnantes Beispiel von nicht parasitärer Alopecie.

Sitzung vom 27. Januar 1897.

(*The British Journal of Dermatology.* März 1897.)

Dr. A. Shillitoe zeigt einen Patienten mit **Leukodermia** an den Armen, im Gesichte und am Stamm. Die Anamnese ergiebt Verbrennung in der Kindheit, später Syphilis, Influenza, Rheumatismus. Der Patient bekam Jodkalium, Arsenik innerlich, Quecksilberinunktionen. An den Händen soll eine Besserung wahrzunehmen gewesen sein. Das Arsenik muſste jedoch, weil ein intensiver Herpes zoster in der linken Hüftgegend aufgetreten war, ausgesetzt werden.

Dr. Abraham stellt 1. einen 50jährigen Mann mit einem wuchernden **Epithelioma** am Abdomen dicht unterhalb des Nabels vor. Die benachbarten Lymphdrüsen sind geschwollen. Behufs Sicherung der Diagnose wurde Jodkalium eine Zeit lang, jedoch

ohne Wirkung gegeben. 2. einen 12jährigen Knaben mit einem Ausschlag am Körper, der zuerst aus teils dunkelrot aussehenden, teils mit Krusten bedeckten Papeln bestand, später zumeist vesikulös geworden ist und einen impetiginösen Charakter zeigte. Der Knabe hatte früher an skrophulösen Drüsen gelitten, weshalb Vortragender den gegenwärtigen Ausschlag für einen **Lichen scrofulosorum** ansehen möchte.

Dr. Pye-Smith, der in Hebras Klinik zwei und in England etwa 4—5 Fälle von Lichen scrofulosorum gesehen hat, glaubt nicht, dafs es sich im vorliegenden Falle um diese seltene Krankheit handle. Wohl aber könne mit Rücksicht auf die Krankengeschichte eine tuberkulöse Dermatitis angenommen werden.

Dr. Procter berichtet über **zwei Fälle von scharlachartigem Ausschlag** im Anschlufs an einen Karbunkel am Nacken. Der zweite, erst kürzlich vom Vortragenden beobachtete Fall betraf einen 33jährigen Mann, der drei Tage, nachdem sich auf dem Nacken ein Karbunkel entwickelt hatte, unter allgemeinem Unwohlsein und Fieber einen ausgeprägten Scharlachausschlag mit roter Zunge und gerötetem Gaumen bekam. Etwa zehn Tage nach dem Auftreten des Ausschlages begann die Haut, namentlich an den Händen, sich in grofsen Flocken abzuschuppen und abzuschälen. Der Patient hatte schon als 15jähriger Knabe Scharlach durchgemacht. In der Familie, in welcher mehrere Kinder waren, hatte keines Scharlach gehabt, noch jetzt acquiriert. Der Urin des Patienten war eiweifsfrei. Die Behandlung bestand in Roborantien, besonders Chinin und Eisen.

Dr. Freeman und Dr. Walsh glauben, dafs der Ausschlag durch im Blute zirkulierende irritierende Stoffe, welche von einem septischen Herde aus absorbiert worden wären, entstanden sei. — Dr. Savill erinnert an die in den *Clinical Society's Transactions* unter dem Namen „chirurgische Scarlatina“ beschriebenen Fälle, die ebenso wie die vorliegenden mit der von ihm beschriebenen „epidemischen Hautkrankheit“ eine auffallende Ähnlichkeit hätten. Viele Fälle dieser letzteren Affektion hätten von einer Wunde oder einem chirurgischen Eingriff ihren Ausgang genommen. — Dr. Eddowes hält diese Art von Ausschlägen, wie sie Procter beobachtet hat, nicht für ungewöhnlich. Sie scheinen ihm meistens aus irgend einer äufseren Reizung zu entstehen. Bei Kindern, die an Otorrhoe leiden, könne man dieselbe Wahrnehmung machen.

Dr. Walsh stellt eine 42jährige Frau vor, die seit vier Jahren an einem milderen Grade von **Raynaudscher Krankheit** leidet. Von Interesse ist, dafs auch ein Kind der Patientin, genau wie diese, zeitweilig dunkelblaue Finger und Zehen bekommt. *C. Berliner-Aachen.*

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. September 1896.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Januar 1897.)

Dr. Allen zeigt einen **Fall von eigentümlicher Affektion der Lippen.** Der Patient hatte miliumartige Körperchen an der Innenfläche des Lippenrots, die er sich durch Ätzen mit einer Säure beseitigen wollte. Die Folge war eine weifsliche Narbe an der geätzten Stelle.

Dr. A. R. Robinson demonstriert ein gehärtetes Präparat von **Paget's disease der Brust.** Eigentümlich an dem Falle war, dafs keine deutliche Hyperplasie des Epithels vorhanden war, und dafs die Läsion überhaupt nicht über das Niveau der umgebenden Haut erhaben war, so dafs die Frage, ob es sich bei der Pagetschen Krankheit um einen epitheliomatösen Prozefs handele, eine offene bleibe.

Die Diskussion dreht sich um diese Frage.

Dr. Allen berichtet 1. über einen **Fall von Initialsklerose am oberen Augenlide.** Ein Radfahrer wurde von einem Baumzweige am oberen Augenlid gestreift und trug eine leichte Hauterosion davon, die wahrscheinlich später eine Infektionspforte für das syphilitische Virus bildete. 2. Einen **Fall von Initialsklerose der Wange.** Der Patient hatte sich eine Anzahl Haare an der Wange von einem Barbier herausziehen lassen. Die infizierte Stelle schwoll an und verursachte intensive Schmerzen. Der Patient konsultierte verschiedene Ärzte, die alle die Affektion für Sykosis ansahen und Epilation anempfahlen. Erst der Vortragende erkannte den richtigen Charakter der Krankheit. Die Submaxillardrüsen waren enorm geschwollen. Der Patient zeigte später die bekannten sekundären syphilitischen Erscheinungen. Der Vortragende glaubt, dafs der Barbier wahrscheinlich mit einem infizierten Instrumente die Haare epiliert habe.

Dagegen meint Dr. R. W. Taylor, der Fall lasse auch eine andere Erklärung zu. Es sei möglich, dafs der Barbier durch die Epilation eine Eiterpustel verursacht habe, die später durch den Patienten selbst mit syphilitischem Stoffe infiziert worden sei. Solche Fälle seien nicht ungewöhnlich. Durch Kratzen mit einem infizierten Fingernagel habe sich ein junger Mann, den er in Behandlung gehabt habe, einen harten Schanker am Kinn zugezogen. (Referent hat in Bd. XX der *Monath. f. prakt. Derm.* über zwei auf diese Weise entstandene Initialsklerosen am Nabel und in der Leistengegend berichtet.)

Sitzung vom 19. Oktober 1896.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Februar 1897.)

Dr. H. Klotz demonstriert einen **Fall von Dermographismus** bei einem 9jährigen Knaben, der weder an Verdauungstörungen gelitten hat, noch leidet und auch nicht nervös ist. Er hat in der Jugend Masern und Scharlach durchgemacht, ist aber sonst gesund gewesen. Einige Minuten, nachdem man die Haut mit einem stumpfen Instrument gekratzt oder auch nur berührt hat, erscheinen ohne die geringste Empfindung von Hitze, Jucken etc., weifse oder hell rosarote, von einer stärker roten Zone umgebene Streifen, die nach kurzer Zeit erhaben, dann blafs, später flach werden und verschwinden, ohne irgend eine Spur zu hinterlassen. Der Fall ist interessant 1. wegen des Auftretens des Dermographismus bei einem sonst völlig gesunden Kinde; 2. wegen der Frage, ob der Dermo- oder Autographismus mit der Urticaria factitia zu identifizieren oder als eine besondere Krankheit anzusehen sei, ausgezeichnet durch das Fehlen entzündlicher oder sensorischer Erscheinungen, oder ob er einfach eine motorische Neurose sei. Vortragender ist mit Brocq und anderen französischen Autoren geneigt, letztere Möglichkeit anzunehmen.

Fälle von Dermatitis herpetiformis stellen vor die Doktoren Morrow, Bulkley und G. T. Jackson.

Einen **Fall von Carcinom** bei einem 12jährigen Mädchen beschreibt Dr. A. R. Robinson. Vor zwei Jahren zeigte sich auf der Kopfhaut ein kleiner Knoten, der von einem Arzte als Cyste angesehen und operiert worden ist. Kurze Zeit darauf recidivierte der Tumor, der nunmehr von induriertem Gewebe umgeben war. Eine nochmalige Operation hatte auf die Dauer keinen Erfolg. Der Tumor kehrte mit ausgedehnterer Induration, als zuvor, zurück. Gleichzeitig schwollen die Halsdrüsen an. Vortragender war anfangs im Zweifel, ob es sich um ein Spindelzellensarkom oder um Carcinom handelte, bis die mikroskopische Untersuchung die Diagnose sicherstellte.

Einen **Fall von multiplen Tumoren der Haut** demonstriert Dr. Klotz. Der Patient ist 31 Jahre alt. Vor acht Jahren bekam er auf dem Rücken, der Brust,

an den Schultern und Armen zahlreiche kleine Knoten, während er eine Gruppe von knotigen Gewächsen an der linken Seite der Nase bereits seit seiner Geburt gehabt hat. Die Knoten liegen unter der Haut im subkutanen Gewebe, sind hart und in der letzten Zeit grofs geworden, einige bis wallnufsgrofs. Wenige Tumoren sind weicher und gestielt. Sie gleichen sehr dem gewöhnlichen Typus des **Fibroma molluscum.** Der Patient ist bis in die jüngste Zeit hinein noch gesund gewesen. Seitdem jedoch die Tumoren an Zahl und Gröfse zugenommen hätten, glaube er an Kraft verloren zu haben. Eine mikroskopische Untersuchung ist bisher noch nicht gemacht worden. Die Frage, welcher Natur die Tumoren seien, will der Vortragende nicht entscheiden. Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder spricht sich für Fibroma molluscum aus.

Dr. Elliot zeigt einen **Fall von Epidermolysis bullosa** bei einem jungen Manne. Die Krankheit besteht seit der Geburt. Hereditäre Belastung, wie sie namentlich deutsche Autoren bei dieser Krankheit stets annehmen, konnte nicht fest gestellt werden.

Dr. Lustgarten möchte den Fall nicht als eine typische Epidermolysis bullosa ansehen, da der Patient so ausgesprochen nervöse Symptome zeige. Die letzteren scheinen auf eine zentrale nervöse Läsion hinzuweisen. — Dr. Colcott Fox aus London (als Gast anwesend) interessieren ebenfalls aufserordentlich die nervösen Symptome des Patienten. Vor 2—3 Jahren habe er in London einen Mann mit einem Blasenausschlage beobachtet, den man für einen chronischen Pemphigus gehalten habe, der sich aber schliefslich als ein Fall von Syringomyelie erwiesen hat. — Dr. Elliot bemerkt, dafs die Krankheit des Patienten kurz nach der Geburt desselben entstanden sei, die nervösen Symptome aber erst viel neueren Datums seien. Er würde aber nicht überrascht sein, wenn die Autopsie bei einem Falle, wie dem vorliegenden, Syringomyelie ergeben würde.

Dr. Lustgarten stellt eine 42jährige Frau vor mit **Paget's disease** an der linken Brustwarze. Die Krankheit begann vor zwei Jahren. Ekzematöse Veränderungen fehlen vollständig. Die erkrankte Brustwarze ist vergröfsert und etwas induriert. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt aufser der epitheliomatösen Struktur eine grofse Menge der eigentümlichen, von den Autoren als Psorospermien, von den anderen als Zelldegenerationen angesehene Körper. Was dieselben auch immer sein mögen, sie sind charakteristisch genug und für die mikroskopiscke Diagnose sehr wertvoll.

Dr. Sherwell hält den Fall nicht für Paget's disease, weil der ekzematöse Zustand, der bei der Krankheit so gewöhnlich sei, hier fehle. Ferner erscheine die Brustwarze eher hypertrophiert als an Gröfse verringert, wie man es in einem Falle von mehrjähriger Dauer erwarten würde.

Über **Dermatitis nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen** spricht Dr. Elliot. Zwei Knaben wurden wiederholt den Röntgenstrahlen ausgesetzt. Die Haut an den durchleuchteten Stellen wurde oberflächlich maceriert. Die Läsionen sahen denen nach einer Verbrennung ähnlich. Sie heilten durch Granulationen unter einer einfachen Behandlung ab. Vortragender hat von einem Falle gehört, bei welchem ein Teil der Kopfhaut Röntgenstrahlen ausgesetzt gewesen sei, und an der exponierten Stelle die Haare ausgefallen wären. Er erinnert daran, dafs der Sonnenbrand nicht auf die Wärmestrahlen der Sonne, sondern auf die chemischen, insbesondere die violetten, zurückgeführt werde. Man habe darin vielleicht eine Erklärung für die Wirkung der X-Strahlen auf die Haut, da aus den Crookesschen Röhren eine grofse Zahl von violetten Strahlen ausgesandt werden.

Dr. Piffard bemerkt, dafs die Röntgenstrahlen keine violetten seien. Bis heute sei es unbekannt, welcher Natur dieselben sind, ob ultraviolette oder nicht. Der Unterschied zwischen violetten und ultravioletten Strahlen einerseits und den X-Strahlen andererseits sei der, dafs jene brechbar sind, diese aber nicht.

Sitzung vom 24. November 1896.

(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* März 1897.)

Ein Fall zur Diagnose vorgestellt von Dr. Fordyce. Die 52jährige Patientin war 25 Jahre verheiratet, hat fünf lebende, gesunde Kinder. Vor 11 Jahren hatte sie einen Schlaganfall, wobei besonders die rechte Seite betroffen war. Gegenwärtig zeigt sie an den Wangen und an der Nase ein symmetrisches Erythema von purpurroter Farbe mit schwach erhabenen, scharfbegrenzten Rändern. An der rechten Wange ist beträchtliche Atrophie der Haut eingetreten, während auf der anderen sich einige eingezogene Narben befinden. Der linke Nasenflügel ist von einer alten Ulceration zerstört. Unterhalb der erythematösen Läsionen besteht bedeutende Induration, aber es sind keine schuppenden oder abgesonderten Knötchen, welche an Lupus vulgaris erinnern könnten, vorhanden. Vortragender möchte glauben, dafs die Frau Syphilis gehabt, vielleicht ein Gumma, auf dessen Grunde sich ein Lupus erythematosus entwickelt hat. Jodkalium hat gar keinen Effekt gehabt.

In der Diskussion stimmen einige Mitglieder dem Vortragenden bei, andere lassen die Diagnose in suspenso oder nehmen Syphilis an.

Einen **Fall von Lupus erythematosus, der sich in einen Lupus vulgaris umgewandelt hat,** demonstriert Dr. G. T. Jackson. Der 18jährige Patient hat seine Affektion etwa acht Jahre. Vor vier Jahren, als Vortragender ihn zum ersten Male sah, zeigte er ca. 20 kleine und grofse rote, schuppige, runde, schwach vertiefte, narbige Stellen im Gesichte. Die Ohrläppchen, namentlich des rechten Ohres waren ähnlich befallen. Knötchen fehlten gänzlich. Die Halsdrüsen waren vergröfsert, eine vereitert. Die Diagnose lautete damals Lupus erythematosus. Zwei Jahre später kam der Patient ins Hospital mit enorm vergröfserten Drüsen, die operiert wurden. Kaum hatte sich der Knabe von der Operation erholt, als die oben beschriebenen Stellen im Gesicht abzublassen anfingen. Zwei Monate nach der Operation waren sie bis auf ein bis zwei im Gesichte verschwunden. Sechs bis acht Monate blieb das Gesicht gesund, als neue Flecken entstanden, in denen sich Lupusknötchen bemerkbar machten. Auch die Ohren zeigten zahlreiche kleine, bräunliche Knötchen und waren stark geschwollen. Unter einem 25%igen Salicylkreosotpflaster heilten die Stellen im Gesichte ab. Wenn man der Ansicht gewisser französischer Autoren folgt, so würde der vorliegende Fall sich in der Weise erklären, dafs zuerst sich die Cervikaldrüsen infolge einer tuberkulösen Infektion vergröfsert haben, dafs als Resultat einer toxischen Wirkung dann der Lupus erythematosus entstanden sei, endlich dafs die Entwickelung des Lupus vulgaris der Infektion mit Tuberkelbacillen zuzuschreiben sei.

Die Mitglieder stimmen wohl darin dem Vortragenden bei, dafs gegenwärtig ein Lupus vulgaris vorliege, bezweifeln aber in der Mehrzahl, ob die ursprüngliche Affektion Lupus erythematosus gewesen sei. Fälle, in denen der Lupus vulgaris einen Lupus erythematosus vortäusche, seien nicht so sehr selten.

Einen **Fall von multiplem Epithelioma** stellt Dr. C. W. Allen vor. Der alte Patient hatte die hornige Form der Seborrhoe mit warzenartigen Gewächsen an verschiedenen Teilen des Gesichts. Vor vier Monaten entwickelte sich auf der linken Seite der Nase ein typisches epitheliomatöses Geschwür. Später trat ein zweites am linken Ohr und ein drittes auf der rechten Wange auf. Unter Applikationen einer 25%igen Pyrogallolsalbe sei das Geschwür am Ohre vollständig abgeheilt. Vor-

tragender hoffe, auch die anderen zum Abheilen zu bringen, und habe den Patienten vorgestellt, um die Wirkung der Behandlung auf das grofse Geschwür an der Nase den Mitgliedern zu demonstrieren.

Die sehr lebhafte Diskussion dreht sich hauptsächlich um die Frage der Behandlung epitheliomatöser Geschwüre.

Ein **Fall von Dermatitis haemostatica**, vorgestellt von Dr. KLOTZ. Der 25jährige Patient bemerkte vor drei Jahren eine braune Entfärbung der Haut an seinem rechten Bein, die stetig zunahm und ohne dafs sie irgend eine Empfindung hervorrief, ihn dennoch sehr beunruhigte. Gegenwärtig sieht man an der Vorderfläche des linken Beines einen etwa silberdollargrofsen, dunkelbraunen Fleck, der im Zentrum dunkler, gegen die Peripherie hin von hellerer Färbung ist. Bei näherer Inspektion kann man wahrnehmen, dafs die Färbung keine gleichmäfsige sei, sondern dafs hellere und dunklere kleine Flecke mit einander abwechseln. Innerhalb des befallenen Bezirkes ist die Haut vollkommen trocken und glatt. Das ganze Bein zeigt aufserdem zahlreiche kleine erweiterte Venen. An einzelnen Stellen finden sich frische, hämorrhagische Herde.

Dr. BRONSON kann es nicht verstehen, weshalb die Affektion als eine Dermatitis und nicht eher als Dermatose bezeichnet werde.

Über einen **Fall von multiplem Melanosarkom** bei einem 38jährigen Manne berichtet Dr. A. R. ROBINSON. Die Krankheit begann vor drei Jahren. Der Patient hatte auf dem Rücken ein Mal, das ihm Jucken bereitete und das sich in der letzten Zeit stark vergröfserte. Ein Arzt schnürte das Gewächs ab. Nach einigen Monaten trat ein zweites auf der Vorderfläche des Armes und ein drittes auf der linken Schulter auf. Gegenwärtig habe er deren eine grofse Zahl. Der primäre Tumor ist nicht gewachsen und im ganzen sehr klein. Einige der Tumoren sind stecknadelkopfgrofs. Die Leistendrüsen sind deutlich vergröfsert.

Dr. FORDYCE bemerkt, der vorstehende Fall illustriere die bekannte Thatsache, dafs ein melanotischer Tumor, wenn nicht vollständig entfernt, geeignet sei, metastatische Gewächse hervorzurufen. Er habe kürzlich einen 30jährigen Manne beobachtet, der ein Pigmentmal an seinem Arm hätte. Vor 5—6 Jahren wurde dasselbe verletzt, und seitdem sondere es eine melanotische Flüssigkeit ab, die auf der Oberfläche in Form von Krusten eintrockne. Es entstehe die Frage, ob man den Tumor entfernen oder in Ruhe lassen solle, ob für den Fall der Beseitigung Gefahr der Metastasenbildung vorhanden sei. Einige Kinder des Mannes haben ähnliche Tumoren am Körper. — Dr. ROBINSON erwidert, er halte es für zweifellos, dafs das primäre Gewächs in seinem Falle Anlafs zu sekundären resp. metastatischen Tumoren gegeben habe. Die Drüsenvergröfserung deute auf einen metastatischen Prozefs hin. — Dr. ALLEN und Dr. PIFFARD raten, melanotische Tumoren so frühzeitig wie möglich in jungen Jahren der Patienten zu entfernen.

Dr. FORDYCE zeigt Bilder von **zwei Fällen epidemischer Hautkrankheit** (SAVILL).

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 39. Heft 1. 1897.

I. **Über multiple Dermatomyome,** von J. Neumann-Wien. Der Verfasser beschreibt einen typischen Fall von einfachen multiplen Dermatomyomen. Der 54jährige, anämische und abgemagerte, mit Syphilis behaftete Patient zeigte an der äufseren Fläche des linken Oberarms disseminiert schrotkorn- bis kleinerbsengrofse, scharf begrenzte über das Niveau der Haut erhabene, teils runde, teils elliptische, glatte, an der Peripherie lichtbraune, im zentralen Teile heller gefärbte, mit der Haut bewegliche, derbe, weder spontan noch gegen Fingerdruck abnorm empfindliche Knoten. Die Efflorescenzen zeigen im ganzen ein Aussehen, welches der Urticaria papulosa am nächsten steht. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Knotens ergab, dafs die Hauptmasse aus in den verschiedensten Richtungen, zum Teil der Hautoberfläche parallel verlaufenden, vielfach sich kreuzenden Bündeln glatter Muskelzellen besteht, die in Querschnitten wie in Längsschnitten sich mit dem charakteristischen Kern präsentieren. Die Muskelzellen sind teils von normaler Gröfse, teils dünner und kürzer. Zwischen den Muskelbündeln finden sich fasriges Bindegewebe und reichliche elastische Fasern. In und zwischen dem Bindegewebe und zwischen den Muskelbündeln verlaufen spärliche Blutgefäfse. Die Arterienwandungen zeigen keine Veränderungen. Nerven wurden nicht gefunden. — Der Verfasser bespricht die einschlägige Litteratur, die Ätiologie, die im ganzen noch dunkel ist, den klinischen Verlauf, die Diagnose und Prognose der Krankheit.

II. **Über die sogenannte diphtheroide Form des venerischen Geschwürs auf dem Cervix uteri,** von C. Rasch-Kopenhagen. Verfasser beschreibt drei Fälle, von denen der erste eine 36jährige Frau betraf, deren Mann einige Wochen zuvor an einem venerischen Geschwür auf dem Frenulum und an Bubonen behandelt worden war. Die Patientin zeigte bei der Untersuchung per speculum auf dem Halse der Gebärmutter um das Orificium, welches an der Seite eingerissen war, und zwar auf der etwas evertierten Schleimhaut eine Affektion, welche sich als gruppenweise auftretende, konfluierende, papulöse Hervorragungen mit fein granulöser Oberfläche von gelber Farbe darstellte. Jede Hervorragung war erbsen- bis bohnengross und blutete leicht auf den geringsten Druck. Der Rand war gebuchtet, polycyklisch. Die Affektion beschränkte sich nach aussen streng auf den Cervix, nach innen erstreckte sie sich in den Cervikalkanal hinein. An den äufseren Geschlechtsteilen waren Ulcerationsprozesse nicht vorhanden. Aus der Scheide flofs eine grofse Menge eitrigen Sekrets ab. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückchens ergab eine diffuse und bedeutende Rundzelleninfiltration ohne Spur von epithelialer Neubildung. Der Ducreysche Bacillus fand sich nicht, weil das Präparat zu lange in Alkohol gelegen hatte. Unter der Behandlung mit Jodoform trat in kurzer Zeit Heilung ein. — Der Verfasser beschreibt zwei weitere ähnliche Fälle und schliefst daran eine kurze Besprechung der Differentialdiagnose und der einschlägigen Litteratur.

III. **Die Genese der paraurethralen Gänge, mit besonderer Rücksicht auf die blennorrhoische Erkrankung derselben,** von P. Róna-Wien. Der Verfasser giebt zunächst einen umfassenden Überblick über die einschlägige Litteratur. Nach den im Ambulatorium von Dr. Ehrmann gemachten Beobachtungen kommen, abgesehen

von den als sogenannte doppelte Harnröhren bezeichneten Gängen am Dorsum penis folgende, für die Blennorrhoe wichtige Gänge vor: 1. Solche, die am Orificium urethrae ausmünden; es sind Hohlgänge mit einer punkttörmigen Öffnung teils in den Urethrallippen, teils an der Frenularkommissur. 2. Gänge bei Hypospadie. 3. Die präputialen Paraurethralgänge. Es sind dies an Blennorrhoe häufig erkrankende Gänge im Limbus praeputii. 4. Präputiale Hautgänge. Sie münden an der Innenfläche des Präputiums. Verfasser sah sie nie blennorrhoisch erkranken. 5. Paraurethrale Gänge im Frenularkörper selbst, welche an der Unterfläche des Penis liegen und nicht ins Orificium urethrae münden; sie können blennorrhoisch erkranken. 6. Paraurethrale Gänge an der Unterfläche des Penis in der Raphe, oder schräg über dieselbe verlaufend. — Der Verfasser hatte Gelegenheit, eine Reihe von paraurethralen Gängen histologisch zu untersuchen. Die Mehrzahl derselben war blennorrhoisch infiziert. In folgendem werden die Krankengeschichten dieser Fälle, sowie das Resultat der mikroskopischen Untersuchung ausführlich mitgeteilt. Die Gänge hängen nach der Beobachtung verschiedener Autoren mit anderen Entwickelungsstörungen der Urethra zusammen, sind meistens angeboren und verdanken ihre Entstehung wahrscheinlich auch einer embryonalen Störung. Ursprünglich stellt ein Gang eine parallel zur Achse des Penis verlaufende Schleimhautfalte der nach unten offenen Urethralrinne dar. Diese Falte schlofs sich zu einem Gange, noch bevor die Urethralrinne selbst sich vollständig schlofs. Es hängt nur von der Lage dieser Falte zur Verlötungsstelle der Urethralrinne ab, ob der aus der Falte entstandene Gang in das Frenulum zu liegen kommt und in das Orificium mündet, oder neben das Frenulum zu liegen kommt und frei auf der Haut ausmündet. Ebenso wie die Urethralrinne ihre sekundären Falten und Ausbuchtungen hat, welche zum Teile zu Gängen sich schliefsen, so hat auch der Präputialsack seine Falten, und wie die Abkömmlinge der Urethralrinne, wenn auch noch so weit versprengt, zeitlebens den Charakter der Schleimhautgänge bewahren, so behalten auch die präputialen Ausbuchtungen stets den Hautcharakter. Zum Schlusse teilt Verfasser noch die mikroskopische Untersuchung eines paraurethralen blennorrhoischen Abscesses mit.

IV. **Über virulente Bubonen und den Ulcus molle-Bacillus,** von R. Krefting. Der Verfasser wirft zunächst einen Rückblick auf die Arbeiten, welche sich bisher mit dem Bacillus des Ulcus molle beschäftigt haben. Das Verhältnis der virulenten Bubonen wird in folgenden Schlufssätzen resumiert: 1. Die Häufigkeit der virulenten Bubonen im Verhältnis zu den nicht virulenten scheint bedeutend zu variieren. 2. Die Virulenz wird vom Vorhandensein des Ulcus molle-Bacillus bedingt. 3. Die Virulenz und somit auch der Bacillus sind gewöhnlich vor dem Öffnen des Bubos vorhanden (bubon virulent d'emblée), können aber auch kommen, nachdem er geöffnet ist (bubon virulent consécutivement). 4. Die Differentialdiagnose zwischen virulentem und nicht virulentem Bubo kann im allgemeinen mit ziemlich grofser Sicherheit gestellt werden, ehe derselbe geöffnet wird. Der klinische Unterschied zwischen nicht virulentem und virulentem Bubo läfst sich folgendermafsen schematisieren:

Nicht virulenter Bubo.	Virulenter Bubo.
Das Hineinschmelzen des Drüsengewebes geht langsam vor sich.	Das Hineinschmelzen geht schnell vor sich.
Geringe Empfindlichkeit. Wenig ausgesprochener Rubor der Haut über dem Bubo.	Starke Empfindlichkeit, intensive Röte.
Der Inhalt ist von graulichem, schleimigem Aussehen.	Der Inhalt ist gewöhnlich schmutzig, chokoladenfarbig.

In demselben lassen sich keine Mikrobien nachweisen, weder mikroskopisch noch durch Züchtungsversuche.	Der Ulcus molle-Bacillus läfst sich nachweisen, wenn gleich in spärlicher Anzahl.
Die Rundzellen färben sich selbst.	Die Rundzellen färben sich.
Kann zurückgehen, ohne sich zu öffnen oder geöffnet zu werden.	Geht niemals zurück, ohne sich zu öffnen oder geöffnet zu werden. Wenn er nicht incidiert wird, wird die Haut schnell von selbst perforiert.
Nach dem Öffnen nimmt die Sekretion schneller ab.	Nach dem Öffnen reichliche purulente Sekretion.
Die Wundränder nach der Incision werden nicht angefressen.	Die Wundränder werden angefressen, gleichwie die ganze Bubohöhle das Aussehen einer grofsen Schankerwunde annimmt.
Die Heilung geht sehr schnell, oft innerhalb 8 Tagen vor sich.	Die Heilung schreitet nur sehr langsam vorwärts und braucht oft Wochen und Monate.

V. **Über extragenitale Syphilisinfektion,** von F. Bloch-Prag. Die Zusammenstellung des Verfassers umfafst einen Zeitraum von 11 Jahren und zwar vom Jahre 1885 bis inkl. 1895. Es kamen in diesem Zeitraum auf Prof. Picks dermatologischer Abteilung von extragenitalen Primäraffekten zur Beobachtung: An der Oberlippe 14 Fälle, an der Unterlippe 31, an der Ober- und Unterlippe 1, an den Mundwinkeln 5, an der Mamma 15, an der Brust eines Mannes 1, an den Fingern 5, an den Tonsillen 3, am Abdomen 3, am Kinn 5, an der Zungenspitze 2, an der Wange 2, am Augenwinkel und Conjunctiva tarsi 2, am Nasenflügel 1, am Mons veneris 2, am Perineum 1 Fall. Auf 1256 genital infizierte Männer kamen 32 extragenital infizierte = 2,5 %, während auf 319 genital infizierte Frauen 33 = 10,3 % extragenital infizierte entfielen. Diese Zahlen stimmen mit den Angaben anderer Autoren ziemlich überein. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band VIII. Heft 4.

E. Pfeiffer: **Eine neue Cystinfamilie.** Der 44jährige Patient litt seit langen Jahren an Gicht; während der Kur in Wiesbaden trat ein heftiger Kolikanfall mit akuter Hydronephrose auf. Der Urin enthielt grofse Mengen von Cystintafeln. Im Harn und Stuhl liefsen sich (von Baumann) keine Diamine nachweisen. In dem Urin des Sohnes dieses Patienten schied sich nach Zusatz von Essigsäure ein nicht sehr reichliches Sediment von Cystin aus; der Urin der Tochter war frei. Verfasser schliefst, dafs die Steinbildung und die Reizung der Harnwege von der Ausscheidbarkeit des Cystins abhängen: gelöst bleibendes Cystin macht keine Schädigung.

Misiewicz: **Beiträge zur Anatomie der Pericystitis.** Verfasser unterscheidet zwischen Veränderungen in der Blase selbst (P. vera) und solchen in den Nachbarorganen. Erstere ist meist eine eiterige Entzündung des Blasenperitoneums in Form von abgekapselten Abscessen. Bei subperitonealen Abscessen kommt es zu Verklebung mit den Eingeweiden und Perforation. Auch Traumen (Bauchschufs) können Veranlassung zu eiterigen, adhäsiven Prozessen der Blase geben. Bei chronischen Formen, infolge von Strikturen oder Prostatahypertrophie beobachtet man auf Hypertrophie und Verdickung des Peritoneums beruhende Veränderungen. Tuberkulose kann zu ähnlichen Formen führen. Pseudo-Entzündungen werden bedingt durch

Störungen der Eingeweide oder der Geschlechtsorgane. Bei Carcinomen der Prostata etc. kommt es zu einer Cellulitis sclerosa pelvis. Die Pericystitiden geben oft Veranlassung zu Blasenkatarrhen, vor allem zur Cystite douloureuse (C. interstitialis).

R. KUTNER: **Zur Katheterisierung.** Verfasser verteidigt den von ihm angegebenen Apparat gegen ALAPY, der ihm in dieser Zeitschrift den Vorwurf gemacht hatte: 1. die Instrumente würden angegriffen, 2. die sterile Konservierung bereite Schwierigkeiten, 3. es liefsen sich zu wenig Instrumente auf einmal keimfrei machen. KUTNERS Apparate sind jahrelang erprobt und haben somit Gelegenheit gehabt sich zu bewähren; das Verfahren ALAPYS ist lediglich eine ganz entbehrliche Komplikation.

P. POLLITZ: **Beitrag zur Kasuistik der blennorrhoischen Pyelitis und ihrer Pathologie.** Verfasser schildert die Krankengeschichte eines an Dementia paralytica leidenden Kranken, der plötzlich mit Schmerzen erkrankte und dicken, rahmartigen Eiter entleerte. Fieber fehlte; die Untersuchung war durch die Ungeberdigkeit des Kranken sehr erschwert. Nach gelegentlichen Besserungen starb er an Gesichtserysipel. Die Sektion ergab eine linksseitige Pyelitis, in deren Eiter sich der Gonococcus NEISSER fand. Symptome von Blennorrhoe fanden sich nicht, ebensowenig ist während einer langen Ehe, der 10 Kinder entsprossen, etwas davon bemerkt worden. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates.

Herausgegeben von Dr. L. CASPER und Dr. H. LOHNSTEIN.

Band II, Heft 1. 1897.

Pseudomembranöse Pyelitis, von THORSKILD ROVSING. Klinische Beobachtungen über membranöse Pyelitis sind in der Litteratur nicht mitgeteilt; anatomisch ist eine solche von RAYER und GUYON gesehen. Verfasser teilt zwei von ihm klinisch fest gestellte Fälle von pseudomembranöser Pyelitis ohne Cystitis mit. Im ersten handelt es sich um eine 43 Jahre alte Frau mit Nephrolithiasis, die bei den Anfällen kleinere und gröfsere Klumpen von dem Aussehen gekochten Fleisches entleerte. Der Harn war sauer, aber beständig trübe; das Allgemeinbefinden ist ein gutes. Die Klumpen bestanden aus strukturlosem Fibrin, das hülsenartig zentrale kleine Konkremente umgiebt und durchsetzt ist von Bakterien, die sich als Bacterium coli erweisen. Die Blase erweist sich cystoskopisch als normal; die Membranen und der trübe Harn kommen aus dem linken Ureter. Operation wurde verweigert. — Im zweiten Falle handelte es sich um ein in den Grundzügen gleiches Krankheitsbild. Die Quelle der Harnbeimengungen war die sehr vergröfserte linke Niere. Die durch schwere Zustände indizierte Operation ergiebt eine Pyonephrose, atrophisches Nierengewebe, viele Konkremente und membranartige Massen im Nierenbecken. Die Niere wurde exstirpiert. Später mufste noch durch Sectio alta ein grofser Stein entfernt werden, der in der Mündung des linken Ureters lag und wahrscheinlich der eigentliche Urheber der Pyonephrose gewesen war. Genesung. (Fortsetzung folgt.)

Zur Technik der Cystoskopie (Vorrichtung zur Ausspülung der Blase vor und während der Inspektion), von H. LOHNSTEIN. Die gröfsten Schwierigkeiten bietet der Cystoskopie die Beseitigung von Trübungen des Harns durch Eiter und Blut, die zumal durch Bewegungen des Cystoskops sehr begünstigt werden. Das NITZESche Spülcystoskop hat manche Nachteile. Es läfst sich nicht ohne Assistenz anwenden, es versagt häufig gerade in schwierigen Fällen, so bei grofsen Gerinnseln wegen der Enge des Rückflufskanals; endlich ist durch die beiden Röhren der optische Apparat sehr beschränkt, dabei aber doch das Instrument so dick, dafs es oft einer

Vorbehandlung bedarf, um es einzuführen. Verfasser hat deshalb ein Cystoskop mit nur einem Spülrohr herstellen lassen, das zugleich Zufluſs- und Abfluſsrohr ist. Dieses ist durch ein mittelst Hahn verschlieſsbares Rohr in Verbindung mit einer Spülvorrichtung, die aus einer Spritze von 150,0 Inhalt besteht. Diese ist aufgeschraubt auf einen Dreiwegehahn, sodaſs eine Drehung um die Längsachse sie mit einem der drei von dem Hahn abgehenden Kanälchen verbindet. Diese Kanäle führen zum Cystoskop, zu einem Zufluſsgefäſs mit Borlösung und einem Abfluſsgefäſs. Die Spritze wird durch ein Zahnrad vom Operateur leicht in Bewegung gesetzt. Die ganze Vorrichtung wird am Untersuchungsstuhl festgeschraubt. Mit derselben kann man die Blase füllen und Entleeren nach Belieben, auch die Distanz zwischen Cystoskopende und Blasenwand ohne Bewegung des Cystoskops ändern. Wo der Blaseninhalt wenig getrübt, eine schnelle Reinigung derselben möglich ist, können die zeitraubenden Vorbereitungen erspart werden, wenn man dieser Vorrichtung ausgerüstet ist. Dieselbe wird hergestellt von Hirschmann-Berlin. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1897. Heft 1—3.

Über den Zusammenhang zwischen Aneurysma und Syphilis, von G. Etienne-Nancy. Drei Fragen sucht Verfasser in seiner sehr umsichtigen und eingehenden Arbeit zu beantworten: 1. Besteht überhaupt ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Syphilis und Aneurysma? 2. Wenn ja, — läſst sich das Aneurysma syphiliticum durch irgend welche Merkmale von dem nicht syphilitischen Aneurysma unterscheiden? 3. Ist dieses fragliche Aneurysma syphilitischer Natur oder nur syphilitischen Ursprungs? — Die Beantwortung der ersten Frage nimmt den weitaus gröſsten Teil der ganzen Arbeit ein. Verfasser hat zu diesem Zweck eine Menge Material zur Stelle geschafft und weiſs demselben in der geschicktesten Weise Antworten zu entlocken. Diese Antworten bestätigen sämtlich einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Syphilis und Aneurysma und wirken auch auf den Leser überzeugend.

Verfasser hat sich die Mühe nicht verdrieſsen lassen und aus der ganzen ihm zugänglichen Litteratur 2000 Fälle der verschiedenartigsten Aneurysmen aufgestöbert. Von diesen kamen aber nur 240 Fälle, bei denen ausdrücklich auf Syphilis gefahndet war, zur Verwendung. Unter diesen 240 Fällen, die in mehreren Tabellen namentlich aufgeführt werden, ist 166 Mal Syphilis verzeichnet, also in 69%. Andere Autoren haben teils gröſsere, teils geringere Wertziffern gefunden; als Mittel aus allen diesen Angaben ergiebt sich, daſs in 70% aller daraufhin untersuchten Fälle von Aneurysma Syphilis voraufgegangen ist. Vielleicht ist diese Zahl auch bei der Schwierigkeit, latente Lues nachzuweisen, noch viel zu gering gegriffen; sicher aber muſs man Etienne zugeben, daſs der Prozentsatz ein viel zu groſser ist, um bloſs ein zufälliges Zusammentreffen anzunehmen. — Auſser der Syphilis hat die Anamnese in jenen 240 Fälle nur wenige andere Schädlichkeiten, wie Alkoholismus, Rheumarthritis u. s. w., und auch diese nur in einem ganz geringen prozentualen Verhältnis nachzuweisen vermocht; dagegen lieſs sich 28 Mal (= 11%) ein gleichzeitiges Vorhandensein von Syphilis und Aneurysma ermitteln. Auch die klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde an den groſsen Gefäſsen zieht E. in den Bereich seiner Betrachtungen und sammelt auch hier Beweisstücke für den Zusammenhang von Syphilis und Aneurysma. Nicht minder verwendbar für diese Auffassung ist die oft günstige Wirkung von Jodkalium und Quecksilber auf beginnende Aneurysmen und Verfasser selber teilt drei Beobachtungen mit, aus denen diese günstige Beeinflussung erkennbar wird. — Die zweite Frage, ob zwischen dem Aneurysma syphilitischen Ursprungs und dem-

jenigen mit einer anderen Ätiologie greifbare Unterschiede bestehen, läfst sich noch nicht mit der nämlichen hohen Wahrscheinlichkeit bejahen, doch sprechen manche Thatsachen der Statistik, der Histologie und der Klinik dafür. — Die dritte Frage endlich ist noch lange nicht spruchreif.

Ein Fall von Sarkomatose der Haut. Lymphosarkom, von HENRI MALHERBE-Nantes. Bei einer 46jährigen gesunden Frau ohne erwähnenswerte Anamnese bildeten sich in der Haut kleine, schmerzlose Knötchen, die rasch wuchsen und bis apfelsinengrofs wurden. Die Haut über diesen Geschwülsten war weinrot bis schwarz und etwas verdünnt. Anfangs hatten an zwanzig solcher Geschwülste bestanden, bis auf drei waren sie aber unter Arsengebrauch wieder geschwunden und hatten nur teilweise Pigmentflecken zurückgelassen. Die drei noch vorhandenen, ziemlich grofsen Knoten wurden mit dem Messer entfernt, nachdem eine antisyphilitische Behandlung erfolglos gewesen war. Die Heilung ging gut von statten und obschon sich später wieder einige frische Knötchen bildeten, blieb das Befinden der Patientin doch immer ein ausgezeichnetes. — Mit grofser Sorgfalt wird der histologische Befund der ausgeschnittenen Tumoren mitgeteilt. Wir erfahren daraus, dafs es sich um ein Gebilde handelt, welches zwischen dem Sarkom und dem Lymphadenom in der Mitte steht. Von letzterem unterschied es sich durch das Fehlen eines Reticulum und gegen ein Sarkom sprach der Bau seiner Gefäfse. Verfasser bezeichnet die Geschwülste deshalb als Lymphosarkome und stellt die Krankheit der von KAPOSI beschriebenen Sarkomatosis cutanea an die Seite, wobei er auch noch die Ähnlichkeit mit der Mykosis fungoides streift.

Das phagadänische Geschwür der Äquatorialgegend, kompliziert durch die feuchte Gangrän und den Hospitalbrand, von J. BRAULT-Algier. Unter den von den letzten madagassischen Feldzügen in ihre Heimat entlassenen Arabern und Kabylen waren an 300 mit dem schon vielfach beschriebenen Tropengeschwür behaftet und bei 75 % von diesen hatten sich zu den Geschwüren Gangrän und Hospitalbrand hinzugesellt. Schlechte Verpflegung und dénkbar gröfste Unreinlichkeit hatten noch ein Übriges gethan, um unter ihnen die traurigste Verwüstung anzurichten. Da waren ganze Füfse und Unterschenkel bis zum Knie hinauf mit Geschwüren bedeckt, die Geschwüre wiederum mit diphtheritischen Membranen überzogen; da waren die Weichteile von tiefen Eiterkanälen durchsetzt, zum Teil in brandige und pulpöse Massen verwandelt, zum Teil schon ganz weggeschmolzen, so dafs die Knochen wie an einem anatomischen Präparat freilagen und mit einer einfachen Pinzette aus dem Zusammenhang gerissen werden konnten. Auch die Knochen selber waren teilweise von dem gangränösen Prozefs erfafst. Da in den meisten Fällen die Unterextremitäten der Sitz der Krankheit waren, so bewegten sich diese Patienten auf den Händen weiter. Die Geschwüre waren sehr schmerzhaft und verbreiteten einen unausstehlichen Geruch. — Die Behandlung, die unter freiem Himmel statt hatte, wurde mit ausgiebigstem Gebrauch des scharfen Löffels eingeleitet; was dieser an krankem Gewebe verschonte, wurde teils mit der Schere entfernt, teils mit Chlorzink zerstört; verbunden wurde mit Sublimat, Salol oder Jodoform; durch sorgfältige Unterbindung der Gefäfse wurde jeder späteren Blutung vorgebeugt. Die Schmerzen hörten nach diesem Eingriff auf; derselbe mufste zuweilen aber, wenn nicht alle Brandherde entfernt waren, ein- und mehrmals wiederholt werden. Aufserdem waren, neben zahlreicher Entfernung kleinerer Knochen (Phalangen u. s. w.) 11 regelrechte Amputationen erforderlich. Der Ausgang bei den Operierten war fast immer in Heilung, es ereigneten sich nur wenige Todesfälle.

Über Wesen, Ursache und Mechanismus der gewöhnlichen Kahlköpfigkeit, von R. SABOURAUD. „Das Studium des Kopfgrindes führte mich zum Studium der

Trichophytiasis; dieses zur Untersuchung über die Seborrhoe, und diese endlich veranlafste mich, mich dem Studium der Kahlköpfigkeit zuzuwenden." So ungefähr beginnt der ausgezeichnete und unermüdliche Forscher diese hochbedeutsame Abhandlung. Denn in dieser Arbeit behauptet er und stellt unter Beweis, dafs auch die gewöhnliche Kahlköpfigkeit, die Glatze, das Endergebnis einer Infektion sei, und zwar einer Infektion mit dem nämlichen Mikrococcus, dem auch die Trichophytiasis ihr Dasein verdankt.

Warum es das eine Mal nur zu einem stellenweisen Haarausfall, zu einer Alopecia areata, das andere Mal dagegen zu einem allgemeinen Haarschwund, zur fast völligen Kahlköpfigkeit kommt, das mufs durch spätere Untersuchungen klar gelegt werden, sicher ist einstweilen, dafs sowohl der Alopecia vulgaris wie auch der Trichophytiasis eine Seborrhoe vorhergeht. Diese „Séborrhée grasse" ist eine Wirkung des schon früher beschriebenen Mikrobacillus, „ohne dessen Erlaubnis, wie S. sich ausdrückt, kein Haar vom Kopf fallen kann." Der Mechanismus der Infektion ist folgender: Durch das Orificium pilare dringt der Mikrobacillus der Seborrhoe in den Haarfollikel ein und siedelt sich zwischen Haar und Follikelwand an. Die nächste Folge ist eine Hypersekretion von Sebum, an die sich alsbald eine Hypertrophie der Talgdrüse anschliefst; diese Hypertrophie ist eine ungeheure und die Drüse kann das Vielfache ihres normalen Umfangs innerhalb mehrerer Jahre erreichen. Als dritter Abschnitt in diesem Prozefs folgt die Atrophie der Papille, die naturgemäfs zum vierten und letzten Stadium, dem völligen Tod des Haares führt, indem die Papille ihre Fähigkeit, neue Haare zu bilden, gänzlich einbüfst. Aber dieser Verlust ihrer Funktion kommt nicht durch einen direkten Angriff des Mikrobacillus seborrhoicus auf die Papille zu stande — der Keim dringt niemals in die Papille ein — sondern wird durch die Toxine vermittelt und Sabouraud glaubt, auch diese Toxine aus der Kultur des Bacillus dargestellt zu haben, denn Einspritzungen damit haben beim Hammel, beim Kaninchen und beim Meerschweinchen gewisse positive Ergebnisse, die aber nicht weiter beschrieben werden, hervorgebracht.

Dieses ist in grofsen Zügen der Gedankengang der inhaltreichen Arbeit. Sie bringt noch viele Einzelheiten über den Verlauf des Prozesses auf der unbehaarten Haut einerseits — Acne oleosa der früheren Autoren — und dem Kopf andererseits, widerlegt manche irrige Annahmen, z. B. die, dafs das Sebum eine homogene Masse sei, während es doch in der That zum Wesentlichen aus Milliarden von Mikrobacillen bestehe — warnt vor Irrtümern u. s. w. und schliefst mit der Bitte um sachliche Nachprüfung. Nur theoretischen Einwendungen scheint Verfasser sehr abhold zu sein, denn die verbittet er sich ganz energisch.

Ein Fall von Schanker auf beiden Mandeln, von Jullien und Sibret. Dafs beide Mandeln der Sitz je eines Ulcus specificum sind, ist nach Fournier ein sehr seltenes Vorkommen. Der vorliegende Fall, der ein solch seltenes Vorkommen aufweist, gewinnt durch die Ätiologie noch an Interesse. Denn die 17jährige, jungfräuliche Patientin, mit verkümmerten Geschlechtsteilen, hatte sich dadurch infiziert, dafs sie bei einer eben entbundenen Verwandten, die syphilitisch war, an den schlecht entwickelten Brustwarzen saugte, um das Stillen des Säuglings zu ermöglichen. — Neben den Mandelschankern hatte sie frische Roseola und vielfache Drüsenschwellungen.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1897. No. 3.

Einige klinische und pathologisch-anatomische Bemerkungen über die infiltrierten Neubildungen der Blase, von Noguès und Pasteau nach einem Vor-

trage Guyons. Unter den Symptomen, welche bei Neubildungen sich einstellen, nimmt die Hämaturie bekanntlich die wichtigste Stelle ein, andere Zeichen, wie die Häufigkeit des Urinierens und der Schmerz beim Wasserlassen treten erst später zum Vorschein. Die Hämaturie ist aber sehr oft so geringfügig, dafs sie dem Arzte entgeht, namentlich wenn er nicht regelmäfsig den Harn mikroskopisch untersucht. Besonders tritt dies ein bei jenen Neubildungen, die man als infiltrierte oder parietale bezeichnen kann, im Gegensatze zu den kavitären oder den in die Blasenhöhle vortretenden Geschwülsten. Die parietalen Neubildungen pflanzen sich der Tiefe und Breite nach ein. Sie dringen in die Blasenwandung ein, überschreiten weit die Schleimhaut, verbreiten sich innig in der Muskularis, zwischen deren Bündeln und drängen sich in deutlicher oder versteckter Weise in die cellulären Zwischenräume. Ohne dafs sie faktisch den Umfang der Blase verlassen, besteht doch ein Streben, deren Grenzen zu überschreiten, jedenfalls dringen sie durch die ganze Dicke des Organs. Wohl geht ihre Entwickelung auch nach der Blasenhöhle zu, sie können Stiele erhalten und stückweise in die Höhle vortreten, aber im Wesentlichen haften sie der Breite nach innig an der Blasenwandung. Vermöge dieser Art der Entwickelung tritt denn auch die Cystitis mit ihren Symptomen bei ihnen viel langsamer zum Vorschein als bei den Neubildungen, welche gröfstenteils nach der Höhlung der Blase zu wachsen. Der Urin bleibt bei diesen parietalen Neubildungen auch viel länger klar als bei den kavitären. Die letzteren darf man jedoch nicht ohne weiteres für gutartig halten, auch diese gestielten Tumoren sind oft genug Epitheliome. Jedoch giebt es darunter solche, welche nach der Abtragung nicht mehr recidivieren. Bei anderen freilich verhütet selbst weitgreifendes Operieren der gestielten Geschwülste nicht, dafs sie in der Blasenwand recidivieren. — Andererseits sind alle parietalen Geschwülste, ob sie primär oder sekundär in der Blasenwand infiltriert, durchaus Epitheliome und zwar von sehr verschiedener Struktur und stets von bösartiger Entwickelung. Für die Diagnose derselben ist die kombinierte Untersuchung, vom Mastdarm und der Bauchwand ausgehend, von hoher Bedeutung, sie giebt Aufschlufs über die Weichheit oder Härte der Blasenwandungen. Während die Weichheit der Wandung an und für sich, dann aber auch für eine etwaige Operation und ihre weiteren Folgen von guter Vorbedeutung ist, müssen die Verdickung und besonders die Härte und Unebenheiten als unangenehm betrachtet werden. — Wichtige Aufschlüsse gewährt natürlich auch die Cystoskopie, falls die Hämaturie nicht ein absolutes Hindernis für diese Untersuchungsmethode abgiebt. Jedenfalls wissen wir jetzt, dafs die Stärke der Hämaturie nicht mit der Gröfse der Neubildung parallel geht und nicht von der Natur des Tumors abhängt, sondern von seinem Zusammenhang mit der Blasenwandung. Je mehr der kavitäre Sitz einer Neubildung ausgesprochen ist, desto gröfser ist im Anfange die Neigung zu Blutung, je mehr parietal der Tumor sitzt, desto geringer die Neigung zu Hämaturie, später freilich verwischen sich diese Gegensätze. Dann kann auch bei den parietalen Neubildungen die Hämaturie so bedeutend werden, dafs man einen chirurgischen Eingriff vorzunehmen hat, auch die Beschwerden einer Cystitis oder der Kräfteverfall im Gefolge dieser Art von Tumoren können zum Handeln auffordern. Diejenige Operation, welche fast stets in solchen Fällen allein ausgeführt wird, ist die Eröffnung der Blase vom Bauche aus, die Sectio alta. Um nun zu erfahren, inwiefern der hohe Blasenschnitt als wirklich heilende oder blofs als palliative Operation in Betracht kommt, wurde von Noguès das pathologisch-anatomische Material der Guyonschen Sammlung studiert und besonders das Verhalten der Beckenlymphdrüsen bei kavitären und parietalen Blasengeschwülsten berücksichtigt. Die Zahl der so in Betracht gezogenen Tumoren der Blase betrug 56. Und es fand sich, dafs in 15 Fällen die Drüsen krebsige Elemente aufgenommen

hatten, in den übrigen 41 Fällen waren vergrößerte Drüsen weder beobachtet, noch notiert. In jedem der 15 Fälle, ohne Ausnahme, war der Tumor der Blase parietal, infiltrierte die Blasenwand. Unter den 41 Fällen ohne Drüsen erwiesen sich 20 als Epitheliome, welche die Blasenwand befallen hatten, 20 Fälle waren deutlich kavitäre, ein Fall bot eine wenig ausgedehnte Einpflanzung dar und schien nicht tief zu gehen. Der Schluß ist daher berechtigt, daß die infiltrierten Neubildungen der Blase häufige Veranlassung zur Verschleppung des carcinomatösen oder eines anderen Giftes durch die Lymphwege geben. Ein ähnliches Resultat haben auch die Untersuchungen Albarrans schon früher ergeben. Findet man daher bei der Rektaluntersuchung und Palpation Veränderungen der Blasenwand, welche das Infiltriertsein derselben beweisen, so ist eine Verbreitung durch die Drüsen zu befürchten. Gewöhnlich werden nur die Drüsen des kleinen Beckens befallen; trifft man die Drüsen im Hypogastrium und in den Darmbeingruben vergrößert, so ist es die Prostata, welche, selbst ergriffen, diese Verbreitung bewirkt hat. Anatomische Untersuchungen, sowie Experimente haben dieses Verhalten der Drüsen bestätigt, selbst die Glandulae lumbales erweisen sich nur selten beteiligt, degeneriert. — Diese Drüsen des kleinen Beckens, welche gewöhnlich beteiligt sind, ziehen längs der Wand der Exkavatio hin, ihre Gegenwart läßt sich natürlich klinisch nicht nachweisen; sie sind nicht palpabel. Erscheint die Blasenwand normal beschaffen, hat man an Verbreitung des Neoplasma durch die Lymphwege nicht zu denken, ist die Wandung der Blase deutlich ergriffen, so gewinnt die Verbreitung des Giftes durch die Lymphdrüsen große Wahrscheinlichkeit, namentlich wenn ein längerer Zeitraum für das Bestehen der Krankheit anzunehmen ist. — Für das ärztliche Handeln ergeben sich aus diesen Befunden wichtige Anhaltspunkte. Bei den parietalen oder infiltrierten Geschwülsten der Blase läßt sich wegen der Verbreitung des z B. carcinomatösen Giftes durch die Lymphdrüsen der Beckenhöhle eine eigentliche Heilung in der Regel nicht erzielen, oft kommt man überhaupt zu spät, in anderen Fällen wird selbst radikales Vorgehen, z. B. Resektion der Blase, das Übel nicht mehr ausrotten können. Anders liegt die Sache bei den kavitären Geschwülsten. Ob ihr Stiel dünn oder lang, kurz oder dick, ist nicht das Wesentliche; wenn sie nur in geringem Umfange der Blasenwand angehören, wird die Abtragung derselben eine wirkliche Heilung bedeuten können, weil gewöhnlich die Drüsen nicht mitergriffen sind. Jedoch wird der Chirurg auch den parietalen Geschwülsten gegenüber sein operatives Eingreifen, und sei es nur palliativer Art, nicht selten bethätigen müssen. Bei mäßigen Schmerzen, geringen Blutungen, so lange Arzneimittel wirken, ist nicht zu operieren. Aber bei starken Schmerzen, gefährlichen Blutungen ist die Eröffnung der Blase und die Entfernung der Geschwulst, soweit eben möglich, nicht zu umgehen. Die Folgen sind günstig, selbst bei einem 78jährigen Manne konnte Guyon Linderung schaffen. Hat man den Tumor mittelst Schere z. B. entfernt, so verschorfe man in kleinen Zügen mit dem Thermokauter die ganze Einpflanzungsstelle, kratze diese verschorften Stellen mit dem scharfen Löffel ab und brenne neuerdings sorgfältig mit dem Paquelin, so lange es nötig erscheint. Guyon rät, die Blase vollständig zu schließen, da die Neigung für die prima intentio selten fehle. Solche erzielte er sogar bei zwei Patienten mit totaler Infiltration der vorderen Wand.

II. **Struktur und Entwickelung der Adenome und Epitheliome der Niere**, von Albarran. Als Grundlage dieser bemerkenswerten Arbeit dienten dem Verfasser 18 Fälle von epithelialen Neubildungen der Niere; dieselben wurden besonders histologisch genau studiert. Die mit erläuternden Zeichnungen versehene Arbeit enthält zunächst fünf Abschnitte: a) Geschichtliches, b) Histologie, c) Pararenale embryonale Einschlüsse, d) Ursprung der epithelialen Geschwülste, e) Beziehungen der epithelialen

Neubildungen zu den Nierenentzündungen. Schliefslich bringt ALBARRAN folgendes Resumé: 1. Obwohl die verschiedenen Arten der Nierengeschwülste durch zahlreiche Übergänge eng miteinander verbunden sind, kann man des bequemeren Studiums halber zwei Arten unterscheiden: a) Adenome mit kanälchenförmiger, höhlenartiger und alveolärer Struktur, b) Epitheliome mit dem gewöhnlichen Krebscharakter und alveoläre Epitheliome mit durchsichtigen Zellen. 2. Es existieren, eingeschlossen in der Nierenkapsel oder unter derselben, zwei Reihen von isolierten embryonalen Kernen, nämlich a) die pararenalen, vereinzelt auftretenden embryonalen Kanälchen, b) die vereinzelt in den Nebennieren vorkommenden Kerne. 3. Gewisse epitheliale Geschwülste, besonders die Adenome vom kanälchenförmigen Typus scheinen sich auf Kosten der isolierten kanälchenförmigen Kerne zu entwickeln. 4. Andere Geschwülste mit alveolärer Struktur und mit durchsichtigen Zellen entstehen aus den isolierten Kernen der Nebenniere. 5. Der gröfste Teil der epithelialen Neubildungen der Niere, darunter viele Geschwülste mit durchsichtigen Zellen, entstehen aus dem Epithel der Kanälchen (canaliculi). 6. Es läfst sich nicht angeben, wie sich die Häufigkeit der alveolären Adenome mit durchsichtigen Zellen und dem Ursprung aus den Harnkanälchen zur Frequenz derjenigen Adenome verhält, welche aus den Kernen der Nebennieren entstehen. 7. Die gleiche erregende Ursache, welche gewisse Adenome hervorruft, kann die Sklerose der Nieren erzeugen. 8. Es giebt Adenome der Niere, unabhängig von der Nephritis. 9. Die Adenome können sich in Epitheliome umwandeln.

III. **Eiterige Pericystitis, geheilt durch die Drainage vom Damm aus; abnorme Färbung des Harns,** von PASTEAU und DEBAINS (Klinik GUYONS). Der ausführlich beschriebene Fall verdient Berücksichtigung, weshalb wir die wichtigsten Daten der Krankengeschichte hervorheben: Der jetzt 48 Jahre alte Patient hat im Jahre 1875 eine Blennorrhoe sich zugezogen, diese wurde durch eine Cystitis kompliziert, welche bis zum Eintritt des Kranken in die Klinik GUYONS (13. Okt. 1896) nicht mehr schwand. Schon etliche Monate nach dem Beginne des Trippers liefs sich eine beträchtliche Verdickung der Blasenwand nachweisen. Im Laufe der Jahre trat zu den Beschwerden der Cystitis noch die Bildung von Steinen. Bei der Aufnahme des Kranken in die Klinik bestand eine sehr geringe Kapacität der Blase (50 g), heftige Cystitis, Steine waren deutlich nachweisbar. Am 24. Okt. 1896 wurden dieselben durch die Lithotripsie entfernt, worauf sich zunächst das Allgemeinbefinden hob. Es blieb jedoch Auftreibung des Leibes und in cirkumskripter Art auf der linken Darmbeingrube und der linken Leistengegend Schmerz zurück, auch zeigte sich ziemlich deutlich links von der Mittellinie oberhalb des Schienbeines eine teigige Anschwellung; rechts keine Spur von Entzündung. Fünf Tage nach der Operation bemerkte man, dafs der Harn schwärzlich, mit einem Stich in dunkelgrün gefärbt war, ebenso der daraus sich absetzende Eiter. Erst direkt vor der Operation war mit Argentum nitricum gespült worden, seither nurmehr mit Borsäurelösung. Schon damals wurden die peritonealen Reizerscheinungen dem Einflufs einer lokalisierten Pericystitis hauptsächlich an der linken Seite der Blase zugeschrieben. Es folgten dann Spülungen teils mit Borlösungen, teils mit Argentum nitricum-Solutionen, der Urin blieb dabei immer bräunlich. Aber der Eitergehalt im Harn nahm immer mehr zu, durch massierenden Druck auf die perivesikale Geschwulst schien noch mehr Eiter entleert zu werden. Am 21. November entleerte Prof. GUYON die Blase, der letzte Teil des Inhaltes derselben war ganz eiterig. Die bimanuelle Betastung ergiebt, dafs, trotzdem die Blase entleert worden war, eine bedeutende Anschwellung vorhanden ist, welche sich bis drei Querfinger breit unterhalb dem Nabel jetzt hauptsächlich auf der rechten Seite ausbreitet, die Untersuchung vom

Mastdarm wie vom Bauch aus erweisen die Blase rechterseits schmerzhaft, links bleibt Druck schmerzfrei. Die Prostata ist nicht grofs. Durch die kombinierte Untersuchung fühlt man links den äufseren Rand der Blase, innerhalb des oberen Beckenrandes, während rechts eine Verlängerung sich vorfindet, welche bis in die rechte Fossa iliaca sich hinaufzieht. Über der Geschwulst konstatiert man stets echt tympanitischen Schall, der sich bis zur Symphyse herab nachweisen läfst. Dieser rechtsseitigen Pericystitis gegenüber hielt Guyon die Anlegung einer Drainage in der Blase für geboten und wählte dazu nicht die Sectio alta, sondern den Medianschnitt aus folgenden Gründen: Da die Geschwulst seitlich safs, hätte die Sectio alta nur einen schiefen Weg geschaffen; da nach dem Ergebnis der Perkussion wahrscheinlich eine Darmschlinge mit der vorderen Blasenwand verwachsen war, würde die Öffnung dieser Wand Schwierigkeiten geboten haben, besonders für die Anlegung einer breiten und zum Zwecke der Drainage längere Zeit offen zu erhaltenden Incision. Bei der Operation ergofs sich viel Eiter; dadurch und unter dem Einflusse von Knetungen, welche später täglich zweimal ausgeführt wurden, verminderte sich die perivesikale Anschwellung rasch in ihrem Umfange. Der Wundverlauf war günstig, nur etliche Male zeigte sich Temperatursteigerung, als man den Verweilkatheter etwas frühzeitig wegliefs. Wiedereinlegen desselben, Kneten der Geschwulstgegend beseitigten sofort diese Temperaturerhöhungen. Der Urin wird wieder schwärzlich, die Symptome bessern sich. Heilung erfolgte Ende Januar, Ende Februar liefs sich in der Blasengegend irgend eine verdickte Stelle nicht mehr auffinden. — Man hat also den merkwürdigen Fall vor sich, dafs eine bedeutende eiternde Pericystitis unter dem Einflusse der durch die Sectio mediana geschaffenen ständigen Drainage der Blase in Verbindung mit der Massage der Geschwulst und Spülungen vollständig zur Ausheilung gelangte. Die Dunkel- resp. Schwarzfärbung des Urins in vorliegendem Falle ist auffällig, da sie zuerst fünf Tage nach der letzten Spülung mit Argentum nitricum auftrat, die chemische genaue Untersuchung stellte fest, dafs Silbersalze in der That an derselben schuld waren. Ohne Zweifel drang ein Teil der Spülflüssigkeit durch eine kleine Öffnung in die Blase und Divertikel, zersetzte sich daselbst und kam erst wieder nach etlichen Tagen in den Urin, sobald sich eben der Eiterherd entleerte. Mit dieser Entleerung sank die Temperatur wieder, die Dunkelfärbung des Harns war mit im Gefolge. Eine derartige durch ein Silbersalz bewirkte Verfärbung des Urins, ist der Intensität und langen Zeitdauer nach gewifs ein seltenes Vorkommnis.

IV. **Drei Fälle von Lithotripsie**, von Le Fur (aus der Klinik Guyons). Diese Krankengeschichten sollen zeigen, dafs man durch passende Mafsnahmen Patienten, welche lithotripsiert werden sollten, aber durch gewisse Komplikationen abschrecken könnten, dennoch rasch für diesen Eingriff präparieren kann. In den beiden ersten Fällen handelte es sich um starke Cystitis. Der erste Fall besafs nur mehr 20 g Blasenkapazität, grofse Empfindlichkeit, Prostatahypertrophie. Ähnlich lagen die Verhältnisse im zweiten; der Harndrang war so bedeutend, dafs er alle Viertelstunde eintrat. Einträufelungen mit Höllenstein (2—3%) besserten den Zustand so rasch (im ersten Falle nach 10 Tagen), dafs die Lithotripsie ausgeführt werden konnte. Im dritten Falle bestand Harninfektion (Bacterium coli, Diplokokken), bei welcher die gewöhnliche Therapie — mit dem Verweilkatheter — zunächst erfolglos blieb. Da das Fieber weder in einer urethralen, noch renalen Affektion seine Begründung fand, wurde die Möglichkeit erwogen, dafs der Verweilkatheter schlecht funktioniere, durch Steine verstopft und in der Lage verschoben würde. In der That genügte die Entfernung desselben und neue Einführung, um das Fieber zum Abfall zu bringen. Er wird nun weiter fortgebraucht, bis der Residualharn geringer wird, dann darf die Lithotripsie gemacht werden. *Neuhaus-München.*

Clinique de dermato-syphiligraphie de Toulouse.

Travaux et compte-rendu. (1894—1895, 1895—1896.)

Galaktorrhoe, geheilt durch Ölinjektionen, von TAILHEFER. Die 19jährige, mit 10½ Jahren menstruierte Patientin war von multiplen Abscessen der beiden Mammae nach einer Geburt afficiert. Aufserdem bestand eine so heftige Galaktorrhoe, dafs das Sekret beständig ausfloſs und zu einer weitverbreiteten Dermatitis der Brustregion führte. Nachdem alle Mittel (Laxantia etc.) erfolglos geblieben waren, wurden nach dem Vorschlage von CLAUDE BERNARD behufs Erzielung von Atrophie der Drüsen mittelst einer Instillationsspritze in die Ausführungsgänge der Milchgänge Injektionen von sterilisiertem Öl gemacht, was zum Ziele führte.

Bemerkung über einen Parasiten der grofsen Labien, von THÉVENIN. Dieser Parasit (Ixodes ricinus), der sich an einer grofsen Schamlippe festgesetzt hatte, verursachte heftiges Jucken und lancinierende Schmerzen in den äufseren Genitalien. Die Entfernung des Tieres geschieht durch Betropfen desselben mit Benzin oder Terpentin.

Behandlung oberflächlicher Verbrennungen mit gereinigtem Lanolin, von ROUANET. Dieselbe besteht darin, dafs die afficierte Stelle zunächst sorgfältig mit Borwasser gewaschen resp. gebadet wird. Hierauf wird mit einem Spatel eine dünne Schicht Lanolin aufgerieben und die Stelle mit Guttaperchapapier bedeckt, welches zuvor in Sublimatlösung (Liquor VAN SWIETEN) getaucht worden.

Über einen Fall von tertiärsyphilitischer Epididymitis, von DURAND. Vor 2 Jahren harter Schanker und spezifisches Exanthem. Die jetzige Nebenhodenaffektion ist beinahe gleichzeitig aufgetreten mit einem Ausbruch von Ulcerationen an den Beinen. Der Hoden ist absolut normal, der Nebenhodenkopf allein verdickt; nirgends seröse Ansammlung.

Weitere Schanker mit Perforation des Präputiums, von DURAND.

Über allgemeine Tuberkulose nach ausgebreiteten nicht tuberkulösen Dermatosen, von AUDRY. Eine 58jährige Frau hatte mit 37 Jahren an einem ausgedehnten Ekzem gelitten, als sich eine stetig zunehmende Elephantiasis der unteren Extremitäten einstellte und eine Reihe von kalten Abscessen an verschiedenen Körperstellen auftraten. In letzterer Zeit konnte auch eine tuberkulöse Erkrankung der Lungen konstatiert werden. Die mikroskopische Untersuchung verschiedener Hautstücke ergab vollständiges Fehlen von tuberkulösen Veränderungen. Wahrscheinlich sind die spezifischen Keime durch die Haut auf dem Lymphwege in die Lungen verschleppt worden.

Die übrigen in diesem Bande befindlichen Arbeiten sind bereits in *dieser Zeitschrift* an anderer Stelle referiert worden. *C. Müller-Genf.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1897. Heft 1.

Beitrag zur Pathogenese des venerischen Bubo, von U. MANTEGAZZA. Nach den Untersuchungen des Verfassers findet man öfters in den infizierten Lymphdrüsen bei weichem Schanker den DUCREY-UNNA-KREFTINGschen Streptobacillus, während die gewöhnlichen Eitererreger meist fehlen. Mit dem Eiter aus solchen Lymphdrüsen kann man dann auch zuweilen ein Ulcus erzeugen, das in seinem Aussehen genau aussieht, wie wenn man zur Impfung Eiter verwendet hätte, der direkt aus dem Schanker gestammt; man findet darin zahlreiche Streptobacillen, wenn dieselben auch in dem Drüseneiter selbst vor der Impfung nicht nachgewiesen waren. Verdünnter, streptobacillenhaltiger Eiter erzeugt stets weniger ausgedehnte Geschwüre als reiner

unverdünnter Eiter derselben Individuums. Eine auf den streptobacillenhaltigen Eiter während einigen Minuten einwirkende Temperatur von 42° C. genügt, diesem Eiter jede Virulenz zu entziehen. Ebenso verliert der Eiter seine Virulenz wenn er drei Tage hindurch bei 37° aufserhalb des Organismus verweilt hat.

Die lineäre Elektrolyse nach der Methode von J. A. FORT, verglichen mit den verschiedenen anderen Behandlungsmethoden der permeablen Urethralstrikturen, von O. MANGANOTTI. Nach M. mufs die lineäre Elektrolyse als Kauterisation des Narbengewebes durch die freiwerdenden Alkalien (Natrium und Kalium) betrachtet werden. Sie entstehen in statu nascendi aus der Zersetzung einiger in den Geweben enthaltenen Salzen, besonders des Chlorkaliums und Chlornatriums. Bei beiden Strikturen ist die Methode überflüssig, bei engen, langen, gewundenen, fibrösen Strikturen ist sie meist unzureichend; wirklich erfolgreich und indiziert ist sie bei engen aber weichen Verengerungen. — Unter allen Umständen vermag sie für sich allein niemals eine definitive Heilung herbeizuführen und mufs man ihr die graduelle Dilatation der Harnröhre folgen lassen.

Über die Wirkung des Jodkaliums auf die Elemente des normalen Blutes, von COLOMBINI und SIMONELLI. Die Verfasser haben an acht meist jugendlichen, zum Teil gesunden, zum Teil mit verschiedenen Affektionen behafteten Patienten Untersuchungen in dieser Richtung angestellt und gefunden, dafs 1. das Hämoglobin unter dem Einflufs einer fixen oder progressiv zunehmenden Jodkaliummedikation nach den ersten Tagen der Kur ziemlich beträchtlich an Quantität abnimmt. Im weiteren Verlauf findet bald eine leichte Zunahme, bald eine Abnahme statt. Hört man mit der Darreichung des Medikamentes auf, so findet man in ungefähr der Hälfte der Fälle am Ende der Behandlung eine Zunahme des Hämoglobins. 2. Dasselbe findet statt mit der Zahl der roten Blutkörperchen. 3. Auf die weifsen Blutkörperchen scheint das Jodkalium gar keine Wirkung auszuüben. 4. Bei progressiv ansteigenden Jodkaliumdosen nimmt das Körpergewicht stetig ab und steigt sofort wieder an, sobald die Kur unterbrochen wird.

Über die Wirkung des Jodkaliums auf das Blut der Syphilitiker, von COLOMBINI und GERELLI. Das Untersuchungsmaterial bestand aus 14 Syphilitikern in der Sekundärperiode. Die Resultate sind folgende: 1. Hat unter dem Einflusse der luetischen Infektion eine Abnahme der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins stattgefunden, so nehmen diese bedeutend wieder zu, sobald mit der inneren Darreichung von KJ begonnen wird. 2. Im weiteren Verlauf der Jodkaliummedikation konstatiert man zuweilen eine Abnahme und sodann wieder eine Zunahme der Zahl der roten Blutkörperchen. In anderen Fällen fällt das Stadium der Abnahme aus und es findet eine stetige Zunahme der Zahl der roten Blutkörperchen sowie des Hämoglobinquantums statt. 3. Nach Unterbrechung der Medikation nehmen rote Blutkörperchen und Hämoglobin zunächst ab, um aber bald darauf wieder zuzunehmen. 4. Parallel mit der besseren Blutbeschaffenheit geht eine Zunahme des Körpergewichts. 5. Wird das Jodkalium in nicht allzu hohen Dosen und nicht zu lange dargereicht, so bildet es das vorzüglichste Mittel zur Bekämpfung der Chloroanämie infolge der syphilitischen Infektion.

Das Serum von MARAGLIANO bei der Behandlung der Hauttuberkulose, von FILETI und LA MENSA. Behandelt wurden 10 Patienten mit Lupus, Skrophuloderma oder tuberkulösen Gummata. Denselben wurde alle zwei Tage 1 ccm Serum injiciert, zuweilen auch die afficierten Partien damit eingepinselt. Aufserdem wurden aber die Patienten lokal mit Salben etc. und allgemein mit Roborantien und kräftiger Kost behandelt. Die Resultate der Serumbehandlung fielen sozusagen vollständig zu Ungunsten derselben aus, indem sich das Serum als ganz wirkungslos erwies.

Einige klinische Untersuchungen über den blennorrhoischen Prozefs, von Valerio. Verfasser hat die Frage nach folgenden Gesichtspunkten berücksichtigt: 1. Inkubationszeit der Blennorrhoe: dieselbe konnte unter 820 Fällen 223 mal nachgewiesen werden und betrug meist 3 Tage, als Extreme werden 1 und 20 Tage angegeben. 2. Das Symptom der schmerzhaften Erektionen in ihren Beziehungen zur Dauer der Blennorrhoe, zum Alter und dem Berufe der Patienten. Bezüglich des Zeitpunktes des Auftretens derselben scheint der 15. Tag am häufigsten wiederzukehren. Die Altersstufe von 20—30 lieferte die meisten Patienten, welche meist den Berufsarten angehörten, die die gröfste Kraftanwendung verlangen. 3. Die Blennorrhoe in Bezug auf die Jahreszeiten. Die meisten Erkrankungen fielen auf den Monat Juli und zeigen hierin ein umgekehrtes Verhalten gegenüber dem Ulcus molle, das in den kalten Monaten (nach Tommasolis und Colombinis Untersuchungen) die häufigsten Erkrankungen aufweist. Die Inkubationszeit ist in den kalten Monaten länger. Die häufigsten Fälle von Komplikation mit Epididymitis hingegen fallen wieder auf die warme Jahreszeit. *C. Müller-Genf.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1897. Heft IV.

Veränderungen peripherer Nerven in einem Falle von Erythema polymorphum phlyctaenoides, von C. Rocca. Sowohl in der Nervenscheide als im interfascikulären Bindegewebe der betreffenden Nerven fand Verfasser hämorrhagische Ergüsse, ferner entzündliche kleinzellige Infiltration. Die Kerne des Neurilems waren vermehrt.

Zur Histopathologie der Prurigo, von Bonfigli. Neben den bekannten Veränderungen konstatierte B. im Derma unter den Bindegewebszellen solche, welche von Haufen kleiner, kugelrunder, stets gleich grofser Körperchen überzogen waren. Diese Körperchen lassen sich nach Gram sehr gut färben und unterscheiden sich deutlich vom Pigment der Epidermis, das aus kleinen unregelmäfsigen Partikelchen besteht. Stellenweise liegen sie frei im Gewebe oder füllen das Lumen einer Lymphspalte aus. B. betrachtet diese Mikroorganismen nicht als die Erreger der Affektion, hält sie aber für mit derselben in Beziehungen stehend. Ferner wird auf das Vorhandensein von cystischen Bildungen in den Epithelzapfen des Rete hingewiesen, wie sie bereits von Campana beschrieben und mit den Haarfollikeln in Beziehung gebracht worden sind.

Das Achorion Schoenleinii im Kamme und im Koller des Hahnes, von Campana. Die Affektion bestand bei dem Tiere seit ca. 8 Monaten und hatte mit der Bildung von weifslichen, rundlichen Plaques begonnen, die sich nach und nach in epitheliale, in Kleienform abschuppende Verdickungen und zuletzt in Knoten verwandelten von derselben Farbe, Anordnung, Konsistenz und demselben Geruche wie Favusborken. Mikroskopisch stimmte der Pilz auch überein mit dem Favuspilze des Menschen. *C. Müller-Genf.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Januar 1897.

I. **Prurigo,** von J. C. White. (Vergl. die Originalarbeit in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Band XXIII., S. 290.)

II. **Ein favusähnlicher Ausschlag der Mundschleimhaut, verursacht durch den Aspergillus nigrescens,** von J. M. Winfield-Brooklyn. Die 27jährige,

wohlgenährte, sonst gesunde Frau zeigte zur Zeit, als sie in die Behandlung des Verfassers kam, auf der linken Seite des harten Gaumens, genau hinter den vier oberen Schneidezähnen eine ödematöse, knotige Plaque, die sich nach hinten bis in den weichen Gaumen hineinerstreckte. Zu beiden Seiten der Medianlinie des weichen Gaumens befanden sich aufserdem zwei runde Erhabenheiten. Die Plaques waren mehr oder weniger von einem schmutziggelben, auf dem geschwollenen Gewebe festhaftenden Niederschlage bedeckt, bei dessen Entfernung leicht Blutung entstand. Die Farbe des frischen Niederschlages erinnerte lebhaft an die schwefelgelbe Farbe der Favusscutula. Auf der gröfseren Plaque bemerkte man eine Anzahl kleiner Geschwüre, die wahrscheinlich von verschiedenen Ätzmitteln herrührte. Ein kleines Stückchen des verdickten Gewebes und von der Oberfläche der Plaques abgekratzte Partikelchen wurden mikroskopisch untersucht. Es wurde ein Pilz aufgefunden, der in mancher Beziehung sich vom Achorion unterschied und bei genauer Betrachtung als Aspergillus nigrescens erkannt wurde. Therapeutisch kamen Applikationen von Hydrogenium peroxydatum in einer 25%igen Ätherlösung mit Erfolg in Anwendung. In welcher Weise die Sporen in die Schleimhaut des Mundes implantiert wurden, vermag Verfasser mit Bestimmtheit nicht anzugeben. Da die Patientin leidenschaftlich gern alle Arten von Käse afs, so ist nicht unmöglich, dafs dieser den charakteristischen Pilz mitgebracht hat.

III. **Eine Modifikation des Urethroskops**, von J. H. Down-Buffalo. Der Verfasser hatte sich bisher zur Beleuchtung des Urethroskops des Otisschen Lichtes bedient, dasselbe hatte jedoch den Nachteil, dafs die Lichtstrahlen nicht direkt auf die Schleimhaut am distalen Ende des Tubus auffielen, sondern stark schräge, wodurch das Gesichtsfeld unklar hervortrat und leicht zu Täuschungen Anlafs geben konnte. Der Fehler ist nun durch die nach den Angaben des Verfassers und des Augenarztes Dr. Finerty angefertigte Lampe korrigiert worden.

IV. **Drei Fälle von Ichthyosis in einer Familie**, von W. Frick-Kansas City. Die Patienten sind drei Brüder im Alter von 12, 6 und 4 Jahren. Ihr Vater lebt und ist gesund; eine Schwester im Alter von 8 Jahren hat eine völlig normale Haut. Die Mutter, aus einer stark tuberkulös belasteten Familie stammend, starb im Alter von 32 Jahren an Lungentuberkulose. Bei der Geburt schienen die drei Knaben ganz gesund zu sein und zeigten auch eine scheinbar ganz normale Hautoberfläche. Im Alter von 4—6 Monaten zeigten sie die ersten Abweichungen von der Norm. Die Haut war rauh und schuppte sich fein ab. Als die Knaben älter wurden, wurden die Schuppen gröfser und dicker. Während im ganzen das klinische Bild bei allen Dreien gleich ist, besteht der einzige Unterschied nur darin, dafs der älteste Knabe gröfsere und dickere Schuppen zeigt als seine jüngeren Brüder. Von der Krankheit ist mehr oder weniger stark die ganze Körperhaut befallen, nur eine ganz kleine Partie zwischen den Schulterblättern der drei Patienten ist freigeblieben. Im Sommer, wenn dieselben mehr schwitzen, fallen die Schuppen leichter ab. Einreibungen von Vaseline und nachfolgende Waschungen mit Seife und warmem Wasser beseitigen die Schuppen ebenfalls leicht. Aber kein Mittel hat bisher vermocht dauernd Heilung zu bringen.

Februar 1897.

I. **Lichen planus hypertrophicus**, von J. A. Fordyce-New-York. Der 34jähr. Patient hatte in seiner Jugend wiederholte Nesselausbrüche im Gesichte und am Körper. Vor 2½ Jahren litt er an Rheumatismus im rechten Knie und Knöchel, wobei die befallenen Teile geschwollen und schmerzhaft waren. Der gegenwärtige Ausschlag begann kurze Zeit darauf mit kleinen juckenden Papeln über der vorderen Fläche des rechten Beines im Anschlufs an die Applikation von Linimenten, welche

der Patient gegen die rheumatischen Schmerzen gebraucht hatte. Der Ausschlag war mit Ausnahme der Kratzeffekte entschieden trocken und von ausgesprochen papulösem Charakter. Nach und nach wurden die benachbarten Teile der einen Seite, schliefslich auch das andere Bein, Penis, Skrotum ergriffen. Die oberen Extremitäten und der Stamm blieben stets frei von der Affektion. Das Allgemeinbefinden des Patienten war im ganzen gut. Das Herz war normal; der Urin enthielt weder Eiweifs noch Zucker. Vater und Mutter des Patienten sind hochbejahrt gestorben. Gegenwärtig sieht man insbesondere an der vorderen Fläche des rechten Beines zahlreiche, dichtgedrängte, flache, unregelmäfsig begrenzte, warzige, purpurrote bis braunrote, ziemlich feste, mit einer dicken Hornschicht bedeckte Erhabenheiten. Dieselben fallen zumeist mit den Haarfollikeln zusammen. Doch sieht man auch unabhängig von diesen, in deren Umgebung zahlreiche braunrote Papeln. Alle Efflorescenzen entsprechen in ihren Hauptcharakteren den Lichen planus-Papeln, sie sind glatt, durchscheind, vereinzelt mit einer zentralen Delle versehen. Sie wechseln von Stecknadelkopf- bis Erbsengröfse. Zwischen den Papeln, namentlich den kleineren, sieht man einzeln und und zu Gruppen vereinte sepiabraune bis schwarze Flecken, welche augenscheinlich das Involutionsstadium der nicht zur vollen Entwickelung gelangten Papeln repräsentieren. Das allgemeine Bild, wie es mehr oder weniger stark an verschiedenen Stellen in die Augen fiel, setzte sich hauptsächlich aus warzigen Gewächsen, kleinen Papeln und pigmentierten Stellen zusammen. Die Regio pubica ist in besonders auffallender Weise befallen. Die Haut des Penis ist fast vollständig von Papillomata, die hier zu einer diffusen Infiltration konfluiert sind, umgeben. Die Behandlung bestand in innerlichen Gaben von Arsenik und äufserlichen Applikationen von Ichthyol und Unnascher Salbe. Der Zustand hat sich langsam gebessert. — Die mikroskopische Untersuchung, deren Ergebnis in folgendem mitgeteilt wird, zeigt deutlich, dafs es sich wesentlich um einen entzündlichen Prozefs von chronischem Charakter handelt, wobei die Epidermishypertrophie im vorliegenden Falle sich nur durch die Intensität des Verhornungsprozesses von der bei typischem Lichen planus unterscheidet. Verfasser vergleicht seinen im ganzen ungewöhnlichen Fall mit analogen aus der Litteratur.

II. **Das Auffinden von Steinen in der Blase**, von W. K. Otis-New-York. Die Symptome, welche Patienten mit Blasensteinen zeigen, variieren aufserordentlich in ihrer Intensität. Zuweilen können bei Anwesenheit selbst grofser Steine die Beschwerden gering sein, während andererseits alle Symptome sich gleichzeitig bemerkbar machen können, ohne dafs man im stande ist, einen Stein nachzuweisen. Die Schmerzen sind für gewöhnlich mäfsig und werden nur heftig am Ende des Urinierens, wenn die gereizten Blasenwände durch die Muskelkontraktionen gegen den Stein gequetscht werden. Der Schmerz wird durch jede heftige Bewegung, Reiten, Tanzen, Springen, Fahren verstärkt, während er zuweilen ganz fehlt, wenn der Patient sich in horizontaler Lage befindet. Von wichtigem diagnostischen Werte ist der nach der Glans penis ausstrahlende Schmerz. Häufig wird der Schmerz nach den Testikeln, nach dem Rektum, den Oberschenkeln, ja bis hinab zu den Füfsen reflektiert. Die Beschwerden beim Urinieren sind fast immer vorhanden, jedoch belästigen sie mehr am Tage, als in der Nacht, wo der Patient sich in liegender Stellung befindet. In dieser hat sich der Stein von dem epfindlichen Blasenhals entfernt und verhält sich ruhig, im Gegensatze zu den Beschwerden bei der Prostatahypertrophie, die in der Nacht stärker hervortreten. Cystitis ist früher oder später in geringerem oder stärkerem Grade vorhanden, jedoch tritt bei Harnsäure- und Oxalatsteinen, sie mögen so grofs sein, wie sie wollen, ammoniakalische Gährung nur durch von aufsen eingeführte und infizierte Instrumente auf, während bei Phosphatsteinen die Harn-

produkte selbst sich im Zustande ammoniakalischer Gährung befinden. Die Untersuchung des Urins kann zuweilen eine gröfsere Menge Eiweifs ergeben, als diejenige ist, welche man zumeist auf Rechnung des vorhandenen Eiters zu setzen pflegt. Bei Entfernung des Steines aus der Blase verschwindet gewöhnlich diese sogenannte sympathetische Albuminurie, die man häufiger bei Neoplasmen der Prostata und des Trigonum vesicae antrifft. — Blutungen werden häufig durch traumatische Aktion der Steine gegen die Blasenwände hin verursacht und treten gewöhnlich am Ende des Urinierens auf. Bei alten Patienten mit Prostatahypertrophie oder Hämophilie können solche Blutungen sehr ernst werden. Das Mikroskop kann die Natur der vorhandenen Steine feststellen. Den striktesten Beweis des Vorhandenseins von Steinen liefert die Untersuchung mit der Sonde. Verfasser beschreibt sehr eingehend das Verfahren bei der Untersuchung und einige sehr brauchbare hierbei zu verwendende Instrumente.

III. **Mykosis fungoides und Sarkomatosis**, von J. T. Bowen-Boston. Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Natur der Krankheit und über die Theorien, die zur Erklärung derselben aufgestellt worden sind, teilt Verfasser die Krankengeschichte zweier Fälle mit. Fall 1 betrifft einen 52jährigen Mann, der früher stark und gesund gewesen ist, weder Syphilis noch sonst eine venerische Krankheit durchgemacht hat. Vor acht Monaten schwollen seine beiden Hoden bis auf das Doppelte ihrer normalen Gröfse an, wurden hart, jedoch nicht schmerzhaft. Einige Wochen hierauf begannen die Hautefflorescenzen sich zu entwickeln. Dieselben bestanden aus verschieden grofsen, weichen, roten Knollen an den Oberschenkeln, Waden, am Abdomen, an Brust, Armen und im Gesicht. Einzelne erreichten die Gröfse eines grofsen Eies. Während der letzten acht Monate hatte der Patient beträchtlich an Gewicht abgenommen und litt an Appetitlosigkeit. Gegenwärtig sieht er stark kachektisch aus. Die über den ganzen Körper zerstreuten Knoten fühlen sich fest an, sind abgerundet und von tief bläulichroter Farbe. Sie sind mit der Haut verschieblich und scheinen nicht tief in die subkutanen Gewebe sich hineinzuerstrecken. Einige zeigen eine zentrale Depression, andere sind ulceriert, aber kein Knoten hat das fungös-papillomatöse Aussehen der späteren Stadien der Mykosis fungoides. Aufser den Knoten zeigt der Patient zahlreiche, schwach erhabene, erythematöse, rötliche, von der normalen Haut scharf abgegrenzte, urtikariarähnliche Efflorescenzen. Der Patient starb an Marasmus. Die mikroskopische Untersuchung von noch in vivo exzidierten Knoten ergab, dafs dieselben aus zahlreichen, kleinen runden Zellen bestanden. Die letzteren lagen innerhalb der Maschen eines sehr zarten Stromas und zwar in den tieferen Schichten des Koriums und reichten nach oben bis an die Papillenschicht heran. Die Papillen waren überall zusammengedrückt oder obliteriert. Die Epidermis war etwas verdünnt, aber sonst normal. Mikroorganismen fanden sich nirgends. Klinisch erinnerte der Fall lebhaft an wahre Sarkomatosis, für die das Fehlen eines prämykotischen Stadiums sprach, während die histologischen Befunde sich von denen bei typischer Mykosis fungoides kaum unterschieden. Verfasser ist deshalb in Zweifel, in welche Klasse er den Fall einreihen soll. — Der 2. Fall glich in den Hauptmerkmalen dem ersten, unterschied sich von diesem insofern, als eine spontane Involution der Tumoren auch auf starke Dosen von Arsenik nicht vorkam, wie in Fall 1, weshalb der zweite Fall sich dem Typus der reinen Sarkomatosis noch mehr näherte als der erste. Ebenso wie dieser verlief er rasch letal. Eine Autopsie und auch eine histologische Untersuchung ist nicht gemacht worden, weshalb die Frage, ob Mykosis oder Sarkomatosis, nicht definitiv entschieden werden konnte.

V. **Der Wegweiser**, von W. F. Rochelle-Jackson. Der Verfasser hat ein

Instrument konstruiert, um die Einführung einer filiformen Bougie bei einer sehr engen und gewundenen Striktur zu erleichtern. Dasselbe ist eine Verbesserung eines bereits im Jahre 1885 nach den Intentionen des Verfassers von der Firma G. Tiemann & Co. in New-York angefertigten Instrumentes.

VI. **Ein seltener Fall von erworbener allgemeiner Hypertrichosis**, von V. Zarubin-Charkow. Die 38jährige Frau hat mit 23 Jahren geheiratet, nach einem Jahre ein Kind geboren, nach zwei weiteren Jahren ein achtmonatliches totes Kind zur Welt gebracht. Nach der zweiten Geburt lag sie sechs Wochen schwer darnieder. Um diese Zeit bemerkte sie zum ersten Male ein auffallendes Wachsen von reichlichen Haaren auf der Brust. Kurze Zeit darauf bedeckte sich der ganze Körper, zuletzt das Gesicht mit Haaren, während fast gleichzeitig der Kopf kahl zu werden anfing. Sechs Wochen nach dem Wochenbett schwoll ihr Leib beträchtlich an, ohne dafs Schwangerschaft vorlag. Seit drei Jahren konsultierte die Patientin einen Arzt nach dem anderen und versuchte alle möglichen Mittel, um sich von ihrem Backen- und Schnurrbart zu befreien, aber ohne Erfolg. Nachdem ihre Geldmittel erschöpft waren, liefs sie sich öffentlich für Geld sehen. Die Frau, eine Brünette, ist grofs, kräftig, stark. Die Brüste sind gut entwickelt, die Haltung ist männlich, die Stimme rauh. Die Untersuchung der Genitalien ergiebt Hypertrophie der Klitoris mit einer wohl entwickelten Eichel und Vorhaut. Die anderen Organe sind normal weiblich. Auf der linken Seite besteht Salpingo-Oophoritis. Erbliche Belastung liegt nicht vor. Der Fall ist als Pseudo-hermaphroditismus femininus externus anzusehen.

März 1897.

I. **Klinische und pathologische Beobachtungen über die Wirkungen der Kastration bei Prostatahypertrophie**, von J. P. Bryson-St. Louis. Der Verfasser hat die Prostatektomie bei einem 80jährigen Patienten gemacht, der im Alter von 39 Jahren an Mumps erkrankt war, in dessen Verlaufe sich eine Orchitis entwickelte und der linke Hoden völlig zerstört wurde. Nur ein kleiner fibröser Knoten war in dem atrophierten Skrotalsack zurückgeblieben. Man hätte nach den neueren Anschauungen vielleicht erwarten können, dafs die Beseitigung des Testikels den Patienten prophylaktisch vor einer Prostatahypertrophie bewahren würde. Es stellten sich jedoch in den späteren Jahren Symptome ein, die auf eine solche schliefsen liefsen und deren endgültige Beseitigung nur durch die Operation möglich wurde. Es wurde die supra-pubikale und die perineale Sektion gemacht. Während der Operation zeigte es sich, dafs der linke Prostatalappen, der dem zerstörten Testikel entsprach, weit gröfser als der rechte war. Der hypertrophierte Prostatalappen wurde herausgeschnitten und mikroskopisch untersucht. — In einem anderen vom Verfasser beobachteten Falle wurde ein Jahr nach erfolgter Kastration die Prostatektomie notwendig. Auch hier zeigte sich die überraschende Thatsache, dafs auf die Kastration nicht nur keine Atrophie, sondern eher eine Hypertrophie der Prostata stattgefunden hatte. — Der mikroskopischen Untersuchung excidierter Prostatalappen ist grofse Sorgfalt gewidmet worden. Die Befunde werden sehr ausführlich mitgeteilt.

II. **Zwei Fälle von Prostatahypertrophie nach Vasektomie in dem einen und Kastration in dem anderen Falle**, von Ch. H. Chetwood-New-York. In dem einen Falle handelte es sich um einen 53jährigen Arbeiter, der seit ca. zwei Jahren an Blasenbeschwerden litt. In der letzten Zeit waren dieselben aufserordentlich lästig und bedenkenerregend geworden. Die Untersuchung per rectum stellte eine bedeutend vergröfserte, etwa hühnereigrofse Prostata fest. Es wurde nunmehr nach Anlegung von zwei Ligaturen im Vas deferens zwischen beiden 1/4 Zoll desselben herausgeschnitten. Die Operation hatte ein bedeutendes Nachlassen der Beschwerden

zur Folge. Ein Jahr später hatte Verfasser Gelegenheit, den Patienten wiederzusehen. Sein Zustand war jetzt weit schlechter als vor der Operation. Die Prostata ist eher gröfser geworden, als zurückgegangen. In dem zweiten Falle, der einen 81jährigen Greis betraf, wurde die doppelseitige Kastration vorgenommen. Der Patient erholte sich auffallend rasch. Zwei Wochen nach der Operation wurde er untersucht. Die Prostata war um ein Drittel ihrer Gröfse reduziert und fühlte sich weich an, während sie vorher fibrös und hart befunden worden war. Die Beschwerden liefsen nach, der Patient konnte ohne Katheter die Blase entleeren. Trotzdem in den nächsten Monaten die Prostata noch eine weitere Rückbildung bis auf die Hälfte ihrer ursprünglichen Gröfse erfuhr, hielt doch die Besserung in dem Zustande des Patienten nicht gleichen Schritt. Zeitweilig kehrten die Beschwerden, wenn auch nicht in demselben Grade wie früher wieder. Im ganzen jedoch war der Zustand des Patienten erträglicher geworden, als er vor der Operation gewesen ist.

III. **Ein Fall von Erythema scarlatiniforme,** von Louis A. Frank-Milwaukee. Der 16jährige Knabe hatte im Alter von 9 Jahren Scharlach durchgemacht. Vor ca. vier Jahren bekam er wahrscheinlich nach dem Genufs von Rhus Toxicodendron (Giftsumach) unter hohem Fieber und Delirien im Gesichte und an den Händen einen Ausschlag, der hauptsächlich aus kleinen, diffusen, erythematösen Flecken und Bläschen bestand. Der Ausschlag breitete sich rasch über den ganzen Körper aus und näfste namentlich an den Beugeseiten der Gelenke und in der Genitalgegend sehr bedeutend. Das Jucken war sehr intensiv, bis Desquamation eintrat. Am Körper schuppte sich die Haut in dünnen, trockenen Flocken, an Händen und Füfsen dagegen in dicken, grofsen Lamellen ab. Der Desquamationsprozefs dauerte ca. drei Wochen, worauf die Nägel abgestofsen und durch neue ersetzt wurden und die Haare auszufallen begannen. Es erfolgte dann vollständige Genesung. Ein und ein halbes Jahr später erkrankte der Knabe an Tonsillitis und Bronchialkatarrh, begleitet von Fieber. Als diese Erscheinungen zurückgingen, brach ein erythematöser Ausschlag, ähnlich dem oben beschriebenen, aus. Solcher Recidive traten im Laufe der nächsten Jahre noch drei auf, die sich jedoch insofern von der ersten Attacke unterschieden, dafs sie ganz und gar nicht näfsten. — Der Verfasser stellt im folgenden die in der Litteratur bisher publizierten Fälle von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans zusammen, bespricht die Pathologie und Ätiologie der Krankheit und beschreibt am Schlusse seiner Abhandlung einen in der letzten Zeit beobachteten Fall von recidivierendem Erythema desquamativum bei einer 21jährigen Person.

IV. **Eine augenscheinliche Ausnahme des Collesschen Gesetzes,** von C. T. Drennen-Hot Springs. Der 51jährige Mann hatte sich 7 Jahre, bevor er seine 22jährige, vollkommen gesunde Frau heiratete, syphilitisch infiziert. Ein Jahr nach der Heirat wurde ein Mädchen mit ausgesprochen hereditär-syphilitischen Anzeichen geboren. Wenige Wochen vor der Geburt dieses Kindes bekam der Vater intensive, halbseitige, nächtliche Kopfschmerzen, gleichzeitig entwickelten sich unter Schmerzen Knoten an beiden Unterschenkeln. Die Erscheinungen gingen unter einer antiluetischen Kur zurück. Ein zweites Kind wurde zwei Jahre nach dem ersten geboren, das vollkommen gesund war und es auch geblieben ist. Hierauf folgten zwei Aborte, sodann drei Jahre nach der Geburt des zweiten Kindes ein drittes mit deutlichen hereditär-syphilitischen Erscheinungen. Dasselbe starb nach sechs Wochen. Die Mutter, die bis dahin ganz gesund oder scheinbar gesund geblieben war, erkrankte mit einer typischen Initialsklerose an der linken Brustwarze mit nachfolgenden sekundären Erscheinungen.

V. **Ein Fall von Erythema multiforme im Anschlufs an die Circumcision,** von R. W. Knox-Houston. Der Verfasser beschreibt folgenden Fall: Ein fünfjähriger,

stark nervöser Knabe pflegte in der Nacht oft aufzuschreien, mehrere Stunden unruhig und schlaflos zu verbringen. Bei der Untersuchung des Gliedes wurde die Vorhaut sehr eng und mit der Eichel verwachsen befunden. Die Circumcision wurde in Chloroformnarkose ausgeführt. Zwei Tage nach der Operation zeigte sich unter Jucken, Brennen und Fieber ein hellroter Ausschlag am Körper, der an eine Cutis anserina oder Lichen pilaris erinnerte. Am nächsten Tage traten bräunlichrote, schwach erhabene, erbsen- bis silberdollargroſse Flecken an den Oberschenkeln, am Gesäſs und Rücken auf. Die Temperatur war hoch und das Allgemeinbefinden des Knaben sehr schlecht. Nachdem der Ausschlag einige Tage gedauert hatte, entwickelten sich an einigen der gröſseren, erythematösen Flecken Gruppen von Bläschen und Blasen. Nach zehn Tagen verschwand der Ausschlag unter schwacher Desquamation, ohne Pigmentationen zu hinterlassen. Der Knabe genas vollständig und war seitdem viel weniger nervös als vor der Operation. Von Interesse ist auch, daſs der Knabe früher oft an Urtikariaattacken gelitten hatte. Dieselben blieben nach der Operation weg, was für die reflektorische resp. neurotische Natur der Urtikaria sprechen würde. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Kenntnis des Hautnervensystems der Arthropoden, von E. Holmgren-Stockholm. (*Anatom. Anz.* No. 19 u. 20, 1896.) Als Sinnesnervenzellen hat Verfasser bei den Raupen zwei Arten von Elementen nachgewiesen: bipolare und multipolare. Die gröſseren Hautnerven verzweigen sich dendritisch, die feineren dagegen dichotomisch. Diese letzteren enden dann in bipolare Nervenzellen, die langausgezogen, aber unverzweigt in einem Haare enden oder aber in kurzem Ausläufer zwischen den Epidermiszellen. Im Gegensatze zu den anatomischen Verhältnissen bei den Krustaceen fehlt eine ganglionäre Gruppierung der Sinnesnervenzellen. Diese liegen ferner bei den Raupen in der Epidermis, zum Teil selbst innerhalb des Porenkanals, bei den Krustaceen dagegen mehr oder weniger weit von der Haut entfernt. Bei den Raupen sind fast alle Haargebilde des Körpers mit Sinnesnervenzellen versehen, die zum Teil der Sekretion, zum Teil der Sinnesperzeption vorstehen.

Neben diesen bipolaren Zellen, die den Arthropoden und Krustaceen gemeinschaftlich sind, hat Verfasser auch bei den ersteren noch multipolare Nervenzellen entdeckt, welche 3—5 Ausläufer führen. Von diesen geht einer centripetal zur Nervenfaser (die auch die bipolaren Zellen versorgt), die übrigen verzweigen sich dichotomisch und bilden mit den Verzweigungen benachbarter analoger Zellen ein äuſserst feines Netz, wodurch ein direkter Übergang des einen Neurons in das andere stattfindet. Bei Krustaceen fand H. diese multipolaren Nervenzellen nicht, und erklärt er die von Bethe beschriebenen Elemente für Bindegewebszellen.

C. Müller-Genf.

Über eine neue Scheide im Endteile der peripheren Nerven, von Russini. (*Anatom. Anz.* No. 19 u. 20, 1896.) Mittelst Goldchlorid hat Verfasser in den Nervenfasern des Golgischen muskulo-budinösen Organs, sowie in den Endverzweigungen der peripheren Nerven der Fingerkuppe zwischen der Schwannschen und Henleschen eine bisher nicht beschriebene Scheide entdeckt, die er subsidiäre Scheide nennt. Dieselbe besteht aus einer homogenen, feingranulierten, kernlosen Substanz, die eine gewisse Ähnlichkeit zeigt mit dem Innenkolben der Pacinischen Körperchen. Mit Goldchlorid behandelt, erscheint sie in hellroter Farbe. Bei dieser Gelegenheit macht R. auf einen Befund aufmerksam, den er in seinen Präparaten nachgewiesen, daſs nämlich die Schwannsche Scheide durch die Ranvierschen Einschnürungen keine Kontinuitätstrennung erfährt, wie dies heute noch von einzelnen Autoren behauptet wird.

C. Müller-Genf.

Haar als Rassenmerkmal und über das Negerhaar insbesondere, von P. G. Unna. (*Dtsche. Med.-Ztg.* 1896. No. 82, 83.) Als Rassenmerkmal hat man bisher nur die Haupthaare benutzt, was Verfasser für berechtigt hält. Die Einteilung von Exner, der Tasthaare (Augenwimpern), Kontakthaare und Haupthaar unterscheidet, ist berechtigt; die von Exner letzterem zugeschriebene Bedeutung für die Wärmestrahlung und Wärmeleitung ist nicht sehr groſs. Das lehrt das kurze spiralige Kopfhaar der Neger. Das Haupthaar ist vielmehr der Ausdruck geschlechtlicher Zuchtwahl und variiert deshalb bei den Völkern in ausgedehntem Maſse; es eignet sich deshalb als Rassenmerkmal. Dasselbe gilt vom Barthaare, das aber manchen Rassen fast ganz fehlt und von ihnen als unschön angesehen wird. Zuerst zur Rasseneinteilung ist das Haupthaar benutzt worden von Isidor Geoffroy St. Hilaire, dem Friedrich Müller und Huxley folgten. Haeckel unterscheidet: 150 Millionen Vollhaarige und 1200 Millionen Schlichthaarige. Erstere zerfallen in Büschelhaarige (Papuas und Hottentotten) und Fluſshaarige (Kaffern und Neger). — Waldeyer will an Stelle des Ausdruckes „Vollhaarige" die Bezeichnung „Spiralgelockte" setzen, da die Wolle der Schafe wellig ist, aber nicht spiralig gedreht ist. — Auch die Bezeichnung „büschelhaarig" für eine bestimmte Rasse ist nicht zu billigen, da eigentlich das Haar bei allen Rassen in Büscheln angeordnet ist, sogenannte „Haarkreise" bestehen. Ein mit Alopecia areata behafteter, mit Chrysarobin behandelter Kopf läſst dieses deutlich erkennen. Bei den büschelförmigen Haaren scheinen diese kleinen Gruppen zu gröſseren angeordnet, die haarfreie Zonen zwischen sich lassen. Um diese Differenzen zu studieren, ist die Betrachtung der rasierten Köpfe, resp. ihrer Photographien lehrreicher als die Betrachtung der Haare selbst. — Untersuchungen von Fritsch haben nun aber gezeigt, daſs solche Haargruppen höherer Ordnung vorhanden sein können, ohne daſs Büschelhaarigkeit besteht. Diese muſs also noch einen anderen Grund haben. Untersuchungen, die Verfasser durch Abtragen des Haarbodens mittelst des Rasiermessers in zwei übereinander gelegenen Schichten angestellt hat, lehren nun, daſs die Haargruppen bei dem Europäer in regelmäſsigen Reihen, entsprechend der Spaltungsrichtung, angeordnet sind, während bei den Negern die Haarverteilung eine unregelmäſsige ist und sich Spirallöckchen da bilden, wo Haarreihen dicht stehen, während die Umgebung haarfrei ist. Es ist bei den Negern keine ausgesprochene Spaltungsrichtung vorhanden.

Ein zweites wesentliches Rassenmerkmal geben die Querschnittbilder. Pruner-Bey unterscheidet drei Grundformen: den elliptischen, kreisförmigen und ovalen Querschnitt, entsprechend dem stark abgeplatteten, bandartig geformten (Neger, Hottentotten, Papuas), dem stielrunden (Malayen und Mongolen), dem lockigen (Arier) Haare. Hilgendorf sprach dem Querschnitt alle Bedeutung ab, Fritsch und Waldeyer nehmen eine vermittelnde Stellung ein. Die Ursache des verschiedenen Haar-

querschnitts ist wohl in der Verschiedenheit der Papillenform zu suchen. Verfasser führt die Abplattung der Papillen beim Neger zurück auf eine Abknickung des Haarbulbus. —

Im ganzen spielen Gruppenbildung und Querschnittsform als Rassenmerkmale nicht mehr die Rolle wie früher. Um ein klares Bild zu bekommen, wird man den Haarboden selbst erforschen müssen. Thatsache ist, dafs das spiralig gelockte Haar aus einem säbelförmig oder spiralig gewundenen Haarbalge herauswächst. — Die zu beantwortenden Fragen lauten jetzt:

1. Woher rührt die allgemeine Knickung des Haarbalges?
2. Woher rührt die Abknickung des Haarbulbus?

Verfasser meint, dafs alle regelmäfsigen, spiraligen Bildungen Folgeerscheinungen einer regelmäfsigen Raumbeschränkung gegenüber nachweisbar im Wachstum befindlichen Gebilden sind. Es mufs ein Mifsverhältnis zwischen dem Wachstum des Haarbalges und den Widerständen der Cutis bestehen. Auch die Abknickung des Haarbulbus und der Papille bei Negern mufs auf abnorme Widerstände zurückgeführt werden, deren Natur aber noch nicht bekannt ist. Bei Europäern zeigen Augenwimpern konstant eine abgeknickte Wurzel, wobei die Meibomschen Drüsen wohl von Bedeutung sind. — Per exclusionem könnte man annehmen, dafs bei Negern die einwachsende, sich zum Haar umbildende Oberhaut abnorm weit und nachgiebig ist. — Entscheidend werden entwickelungsgeschichtliche Untersuchungen sein. Die Annahme eines Mifsverhältnisses zwischen dem Widerstand des wachsenden Haarbalges und dem der Cutis giebt aber schon einen sicheren Boden. Sie erklärt die säbelförmige und spiralige Krümmung des Haares in der Cutis, die Abbiegung des Bulbus, die Abplattung der Papille und des Haares, die spiralige Drehung des freien Haares. — Die büschelförmige Anordnung der Negerhaare entspringt der unregelmäfsigen Verteilung der Haarreihen und dem Zusammentreten der dicht stehenden, spiralig gekrümmten Haare zu Löckchen mit Entblöfsung der haararmen Stellen des Negerkopfes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die elektrischen Eigenschaften der Haare und Federn, von Sigm. Exner. (*Arch. f. d. ges. Physiol.* Bd. 61 u. 63.) In zwei Abhandlungen legt der Verfasser seine Beobachtungen über die elektrischen Eigenschaften von Haaren und Federn nieder, die er mittelst sehr einfacher Methoden anstellte. Die betreffende Feder wurde in einen durch Paraffin isolierten Kupferkessel eingesenkt, ohne diesen zu berühren, und dann mittelst eines Goldblattelektroskops bestimmt, welche Elektrizität dieser eigen ist. Die eingesenkte Elektrizität indiziert an der Innenfläche des Kupferkessels die entgegengesetzte, die an letzterem entstandene gleichartige wird durch Elektroskop bestimmt. Es zeigte sich nun folgendes:

1. Die Federn wurden durch Schwingen in der Luft elektrisch.
2. Flaumhaare und Flaumfedern werden negativ elektrisch, wenn sie an Deckhaaren, bezw. an der Oberseite von Deckfedern scheuern.
3. Deckfedern, sowie die Schwungfedern werden, in natürlicher Anordnung aneinander gerieben, an der Oberseite positiv, an der Unterseite negativ elektrisch.
4. Wahrscheinlich bewirken diese Ladungen im Leben des Tieres eine zweckmäfsige Anordnung und Verteilung des Haar- und Federpelzes, indem sie einerseits durch gleichmäfsige Verteilung der zarten Horngebilde eine Schicht von schlechter Wärmeleitung, andererseits eine dichte, gegen Wasser und mancherlei Insulten schützende oberflächliche Lage der derberen Horngebilde zu schaffen beitragen.

Die zweite Abhandlung modifiziert diese Sätze und ergänzt sie. Verfasser fand auch zweimal Federn, die beim Schwingen negativ elektrisch wurden, so bei einer Taube. Bei derselben Taube wurde auch beim Streichen des Flaums am Flügel aus-

nahmsweise ersterer positiv, letzterer negativ. — Von Interesse ist dann der Befund, dafs die Schwungfeder eines Vogels, durch seinen Schnabel gezogen, positiv geladen wurde. — Für die Ausführung der Versuche eignen sich besonders kalte Wintertage.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Physiologie des Haares und der Blutoxydation, von Carl Rudolf v. Schöler. (*Dtsche. Med.-Ztg.* 1896. No. 62.) Von der Voraussetzung ausgehend, dafs die Haut allein die Blutoxydation und Wärmebildung vermittelt, kommt Verfasser zu der Anschauung, dafs die Haare und Härchen den Luftzutritt zum Blute vermitteln; diese sind also die Respiratoren. Die physikalischen Funktionen der Haare befähigen es durchaus zu dieser Thätigkeit, wie Verfasser ausführt. Eine gute Luft in der Umgebung und eine kräftige gesunde Haut sind deshalb die Grundbedingungen für die Erhaltung der Gesundheit. Deshalb ist Luft, Licht, Wasser, Massage etc. von gröfster Bedeutung.

(Nur ein Einwand auf diese neue Haar-Atmungstheorie: Womit atmen denn die Menschen mit vorgeschrittener Alopecia areata, wo auch mikroskopisch zuweilen jahrelang nicht ein Atom von einem Haar zu finden ist? Eigentlich müfsten sie ersticken oder, wie Verfasser es nennt, urämisch werden. Sie denken aber gar nicht daran. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lunge und Haut (eine physiologische Berichtigung), von Carl Rudolf von Schöler. (*Dtsche. Med.-Ztg.* 1896. No. 67.) Die herrschende Auffassung von der Bedeutung der Lunge für die Atmung teilt Verfasser nicht. Dieselbe ist nicht die Stätte der Oxydation, das Blut wird in derselben nur geklärt durch Befreiung von den Gasen. In der Lunge wird das Blut nur gesäubert und abgekühlt durch Wasserverdampfung und Umspülung mit Luft. Die eigentliche Oxydation und Wärmebildung geschieht in der Haut, diese ist der Respirator und Wärmebildner. Das in der Haut oxydierte, dabei dunkel gewordene Blut gelangt durch die Venen zum Herzen und zu den Lungen. — (Diese physiologische Berichtigung dürfte noch einer ausführlicheren Begründung bedürfen. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Verhornung sprach Rabl in der zehnten Versammlung der anatomischen Gesellschaft 1896. Der Vortragende beginnt mit einigen Worten über den Bau des Rete Malpighii. Die von Ranvier zuerst gefundenen Fasern im Stratum Malpighii, deren Nachweis ja mit der Weigertschen Fibrinfärbemethode besonders leicht gelingt, fafst Rabl als Filarmasse im Sinne Flemmings auf, welche einen festen Zusammenhang zwischen den Zellen herstellt. Der Vortragende hat nun gefunden, dafs die Fasern auch noch in den verhornten Zellen nachweisbar sind, nur einige morphologische und chemische Umwandlungen erleiden. Die bei der frischen Hornzelle sichtbaren Liniensysteme sind, wie Querschnitte lehren, im Innern befindliche Fasern, die besonders bei Behandlung mit Müllerscher Flüssigkeit stark quellen. Diese Fasern sind nur modifizierte Protoplasmafasern, etwas dicker, nicht so grade gestreckt und leichter der Verdauung zugänglich, also auch nicht verhornt. Die Ansicht Blaschkos, dafs die Hornzellenfasern aus Keratohyalinkörnern gebildet werden, die ihrerseits aus Protoplasmafasern entstehen, hält der Vortragende nicht für richtig. Besonders leicht ist das an der inneren Wurzelscheide des Haares zu erkennen, die noch Fasern in den Zellen zeigen, wo das Keratohyalin nicht mehr vorhanden ist. Der Nachweis von Fasern oberhalb des Stratum granulosum widerlegt auch die Ansicht Kromayers, dafs die Keratohyalinkörner durch Zerfall der Protoplasmafasern entstehen.

Die behauptete Identität des Keratohyalin mit Chromatin läfst sich als falsch

erweisen, wenn man Schnitte durch Haar und innere Wurzelscheide einer Doppelfärbung mit Hämatoxylin und Eosin unterwirft. An solchen Präparaten in Chromatin blau und Keratohyalin rot; beide können also nicht identisch sein. Dagegen sieht man aus der Schrumpfung des Kerns bei beginnender Verhornung und dem gleichzeitigen, perinukleären Auftreten des Keratohyalins, dafs letzteres unter Einfluſs des Kerns, vielleicht als Stoffwechselprodukt zwischen Kern und Zellleib gebildet wird. Was die Anordnung des Keratohyalins betrifft, so scheint dasselbe über den Papillen in mehr Schichten vorhanden zu sein, als zwischen denselben. Analog ist das Eleidin verteilt, von dem Rabl annimmt, dafs es als verflüssigtes, wenig verändertes Keratohyalin anzusehen ist. Ein Glycerinfett scheint das Eleidin nicht zu sein, wie es Buzzi meint; es löst sich nicht in Alkohol und Äther, färbt sich nicht mit Osmiumsäure. Wahrscheinlich handelt es sich vornehmlich um Eiweifskörper.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Studien über normale Verhornung mit Hülfe der Gramschen Methode, von Paul Ernst. (*Arch. f. mikrosk. Anat. u. Entwicklungsgesch.* 1896.) Bei Gelegenheit der Untersuchung eines Plattenepithelkrebses des Bronchus auf Verhornung der gefundenen Epithelperlen entschlofs sich Verfasser, mit der Gramschen Färbungsmethode zu arbeiten, bei der die Hornschicht den Farbstoff zähe festhält. Dieselbe bewährte sich sehr und gab zu zahlreichen Beobachtungen auf dem Gebiete der Anatomie Veranlassung, welche Verfasser hier mitteilt. Zunächst studierte Verfasser die Haare. Hier sah er, wie mittelst der Gramschen Methode die homogene Henlesche Schicht sich auflöst in feinste Pünktchen, die eine Lücke — den Zellkern — umgeben. Es färben sich deutlich nach Gram nur die in Verhornung begriffenen Teile, nicht die schon vollkommen verhornten. Der noch nicht völlig zu Horn gewordene Haarschaft zeigt rotgefärbte Kerne. Zwischen den Zellen tauchen unendlich feine, blaugefärbte, längsverlaufende Fäserchen auf, die identisch zu sein scheinen mit den Waldeyerschen Hornfibrillen. Verfasser schildert eingehend die Haarbefunde, vergleicht die Ergebnisse der Methode mit den sonst geübten und zeigt, wie das Gramsche Verfahren elektiver ist als die anderen und deshalb feinere Differenzierungen gestattet. Gerade zum Studium des Verhornungsprozesses eignet sie sich. Da die zuerst verhornenden Zellen dem Nagel angehören, beschäftigte sich Verfasser mit embryonalen Nägeln. Er fand im Anfang des vierten Monats die ersten verhornenden, violetten Zellen vorne am Saum, und zwar nicht diffus gefärbt, sondern mit feiner Granulierung. Das Eponychium scheint nicht von der Verhornung ergriffen. Bei älteren Embryonen färbt sich die ganze Nagelsubstanz ohne Matrix, wobei der lamelläre Bau sehr deutlich wird, die Grenze des Hineinrückens in den Nagelfalz deutlich hervortritt.

An der Oberhaut ist die erste Spur von Verhornung am Anfange des sechsten Embryonalmonats zu finden. Dann sieht man violett gefärbte Hornzellen mit einer Faser- oder Gitterzeichnung, ohne Kerne. Stellenweise findet man die Zellen noch umgeben von einer blätterigen Schicht schon ausgebildeter und daher nach Gram nicht färbbarer Hornsubstanz. Überall an der Epidermis findet man das gleiche bestätigt, dafs nur verhornende Gebilde dieser Methode zugänglich sind. Innerhalb der Keimschicht gehören die tiefgelegenen, ersten verhornenden, sich färbenden Zellen den Schweifsdrüsengängen an, die ja bekanntlich hier von Hornzellen begrenzt sind, deren völlige Verhornung aber doch, wie die Färbbarkeit zeigt, nicht stattfindet. Ob die in den verhornenden Zellen gefundenen Körner aus den Protoplasmafasern durch Zerfall hervorgehen, läfst Verfasser dahingestellt. Sehr fraglich erscheint es ihm, ob das Keratohyalin als Mittelglied zwischen Protoplasmafasern und Keratinkörnern dient, so dafs alle drei eine geschlossene Reihe bei der Verhornung bilden.

Ich kann hier nicht auf die nun folgende Untersuchung der Verhornungsprozess in der Tierwelt weiter eingehen. Ich hebe nur noch hervor, dafs an Schleimhäuten verhornendes Gewebe nur da gefunden wurde, wo der ektodermale Ursprung sicher ist, so beim Menschen an der Spitze der fadenförmigen Papillen der Zunge. Bronchien, Ösophagus, Verdauungs-, Harn-, Geschlechtswege zeigten nie die Reaktion. Eigentümlich und zum Nachdenken anregend ist der Befund sich violett färbender Zellen an den Hassalschen Körperchen des Thymus.

Übrigens faſst Verfasser die Reaktion des Horngewebes auf die Gramsche Methode nicht als spezifische auf in dem Sinne, dafs histo-chemische Beziehungen da beständen. Er weist auch selbst auf die anderen Gewebselemente, die sich nach Gram gut färben, hin, allerdings den Farbstoff nicht so festhalten, wie verhornendes Gewebe.

Eine Reihe von Abbildungen illustrieren die Arbeit, welche eine Fülle von Anregungen zu weiteren Arbeiten enthält, die das hier Wiedergegebene prüfen, und wenn sich die Bedeutung der Gramschen Methode für die Färbung des verhornenden Gewebes bestätigt, an der Hand derselben den Verhornungsprozefs genauer studieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Reaktion des menschlichen Schweifses, von Arloing. (*Lyon. méd.* 1896. No. 50.) Der zur Untersuchung verwendete Schweifs wurde auf folgende Weise gewonnen: aus dem Waschwasser der Flanellwäsche von Personen, die sich heftigen Muskelbewegungen unterworfen hatten, direkt vom Körper von Individuen, die längere Zeit der Wirkung heifser Luft in Berthesschen Apparaten ausgesetzt worden waren. Die Reaktion der Gesamtmenge des so gewonnenen Schweifses war stets neutral, nach Konzentration der Flüssigkeit leicht alkalisch. Wurde hingegen die Reaktion in den einzelnen Perioden der Sekretion geprüft, so wurde der Schweifs im Beginn stets sauer, nach einiger Zeit neutral und selbst alkalisch gefunden. Verfasser meint deshalb, dafs der Schweifs an allen Körperteilen ohne Unterschied bei einer relativ langsamen Thätigkeit des Drüsenepithels eine saure, bei beträchtlicher und langdauernder Drüsenthätigkeit hingegen eine neutrale oder leicht alkalische Reaktion aufweist. Die Widersprüche in den Resultaten der verschiedenen Autoren rühren zum Teil von dem Umstande her, dafs die Reaktion nicht sofort beim Beginne der Sekretion, welcher Zeitpunkt öfters schwer zu bestimmen ist, geprüft wurde.

Auf eine Frage von Delare, ob die Acidität vielleicht auf den Gehalt des Schweifses an Buttersäure zurückzuführen sei, deren Sekretion dann aufhören würde, antwortet Arloing, dafs nach seiner Ansicht eher die im Schweifse gelöste Kohlensäure, die Acidität bewirkt, denn eine fette Säure, indem es ihm jeweilen nur mit gröfster Mühe gelang, mittelst Osmium Spuren von Fett im Schweifse nachzuweisen.

C. Müller-Genf.

Mitteilungen über Reduktion der Überosmiumsäure durch das Pigment der menschlichen Haut, von Richard Barlow. (*Bibliotheca medica.* Abteilung D II. *Dermat. u. Syphilidol.* Heft 5. Cassel 1895. Th. G. Fisher & Co.) Ledermann war bei seinen Osmierungsversuchen der Haut zu dem Ergebnis gekommen:

1. dafs in den tieferen Schichten der menschlichen Oberhaut eine Osmiumsäure reduzierende Substanz vorhanden ist, die beim Fötus nur intracellulär, beim Erwachsenen auch extracellulär liegt;

2. dafs die Gegenwart von Chromsäure die Osmierung der Haut des Erwachsenen, nicht des Neugeborenen hindert;

3. dafs es zweifelhaft, ob die reduzierende Substanz das Pigment ist.

Verfasser hat mit etwas modifizierter Methode dieselbe Frage nachgeprüft, zunächst an ausgebildeter menschlicher Haut. Er glaubt nun den Beweis bringen zu

können, dafs die die Osmiumsäure reduzierende Substanz das Pigment ist. Die Gerüstsubstanz, der Pigmentträger, scheint die Reduktion nicht zu bewirken, denn dieselbe hat nicht statt nach vorheriger Bleichung mit Chlorwasser oder Wasserstoffsuperoxyd. An Fötalhaut sucht Verfasser dann ferner festzustellen, ob auch die Vorstufen des Pigments die Fähigkeit der Reduktion besitzen: Beim fünfmonatlichen Fötus fand er in der Matrix schwarze Körner nach Osmiumbehandlung zu einer Zeit, in der die Pigmentbildung im Haare beginnt. Beim Neugeborenen hat Verfasser im Gegensatz zu LEDERMANN stets nur wenig osmierte Körner gefunden, und zwar nur da, wo das Alkoholpräparat schon Pigment aufwies.

Zum Schlufs weist Verfasser darauf hin, dafs die ursprünglich von UNNA auf Grund der Osmiumsäurereaktion aufgestellte, von ihm aber zurückgenommene Behauptung von dem Fettreichtum der Haut beim seborrhoischen Ekzem erst des Beweises durch andere Methoden bedarf.

Die Abbildungen sind gut. *Jessner - Königsberg i. Pr.*

Zur Pigmententwickelung. Eine Berichtigung, von ALFRED FISCHEL. (*Anat. Anzeiger*. 1896. No. 22.) LUBARSCH hat bei Beschreibung der Krystalloide in den interstitiellen Zellen des Hodens behauptet, dafs dieselben dort häufig sind, wo wenig Pigment abgelagert ist und umgekehrt. Er sieht die Krystalloide als Vorstufe des Pigments an, im Gegensatz zu FISCHEL, im Einklang mit REINKE. Dazu bemerkt FISCHEL, dafs auch er eine unpigmentierte Vorstufe des Pigments anerkennt. Schwer ist es aber, die krystallinische Beschaffenheit dieser Vorstufe nachzuweisen. Es können die krystallinischen Gebilde auch Zwischenstufen sein. Ein Gegensatz zwischen ihm und REINKE in dieser Frage ist nicht vorhanden.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Mikroskopische Technik.

Die ballonierende Degeneration der Hautepithelien, von P. G. UNNA. (*Deutsche Med.-Ztg.* 1896. No. 96.) Das Studium der Degenerationsformen der Epithelien ist wichtig für die Feststellung einzelliger Organismen als Krankheitserreger. Die hyaline Degeneration kann leicht zur Verwechselung mit pflanzlichen, die fibrinoide zur Verwechslung mit tierischen Organismen führen. Gegenüber den Protozoen sind besonders einige Degenerationsprodukte beachtenswert. Wo die Oberhaut mit entzündlichem Exsudat überschwemmt wird, tritt eine Kolliquation der Stachelzellen ein. Diese kann entweder führen zur „retikulierenden Degeneration“ (Verschäumung), die wohl zum Teil entspricht der „alteration cavitaire (LELOIR)“. Durch das Wasser und die alkalischen Salze quellen die Zellen auf, die Waben des Spongioplasma schwellen zu wasserhaltigen Vakuolen an, der Zellenleib zeigt nur ein unregelmäfsiges, netzförmiges Gefüge. Schliefslich platzen die Zellen, die ganze Stachelschicht stellt ein grobes Reticulum dar. — Oder es gerinnen die Zellen durch die Eiweifskörper, und man bekommt die „ballonierende Degeneration“. Die Stachelzellen runden sich ab, ohne zunächst anzuschwellen, der Stachelpanzer geht verloren, die Epithelien verlieren ihren Zusammenhang. Das bedingt die Bildung einkammeriger Blasen und eine Ähnlichkeit mit einzelligen Schmarotzern. Das Protoplasma trübt sich, verliert seinen wabigen Bau, wird homogen, nimmt die WEIGERTsche Fibrinfärbung an, wird „fibrinoid“. Die Differenzierung von Ekto- und Endoprotoplasma hört auf. Die Zellen werden teigig, plastisch, nehmen mannigfaltige Formen unter dem Drucke des Exsudates an, gleichzeitig anschwellend. Schliefslich kommt hinzu eine Teilung der angeschwollenen Kerne ohne Mitosen in viele Teile.

Das Chromatin ist an die Peripherie gedrängt. Es ist hier ein klares Beispiel für Amitose. — Die Kernproliferation ist die Hauptursache für die Anschwellung der Zellenblasen zu Ballons, die mit Kernen erfüllt sind. Zuweilen findet man in ihnen Leukocyten mit stark tingiblen Kernen. Beispiele dieser Vorgänge bieten der Zoster, die Varicellen der Herpes iris. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Elacin, von P. G. Unna. (*Deutsche Med.-Ztg.* 1896. No. 88.) Die pathologischen Vorgänge am elastischen Gewebe der Haut gehen durchaus nicht der Schwere der sonstigen Veränderungen parallel. Bei Neurose, bei Carcinom bleibt es intakt, bei manch' leichten Veränderungen wird es vernichtet. Besonders drei Dinge gefährden es: Die Überschwemmung mit alkalischen Gewebssäften, die Wucherungen der Bindegewebszellen und diejenige des kollagenen Gewebes.

Die Formen der Degeneration sind sehr verschieden. Hypertrophie des Elastin ist auch beobachtet, so das elastische Pseudoxanthom (Darier).

Verfasser weist nun in diesem Aufsatze hin auf eine chemische Veränderung des Elastin, die Umwandlung in Elacin, die durch spezifische Färbemethoden nachgewiesen werden kann. An der Hand näher geschilderter Methoden — Methylenblau-Orceinmethode — zeigt er, wie gewisse elastische Fasern stärker sauer, d. h. stärker basophil und schwächer acidophil werden; diese Fasern bezeichnet er als Elacinfasern. Man findet die Elacinfasern in Carcinomen, bei den Striae gravidarum, dem Myxödem, der senilen und kolloiden Degeneration der Gesichtshaut, in Narben, bei mit entzündlichen und degenerativen Veränderungen einhergehenden infektiösen Prozessen, so beim Epithel, bei Milzbrand. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bakteriologie.

Biologische Untersuchungen über die Blastomyceten, von Fermi. (*Il Policlinico.* No. 12. 1896.) Verfasser hat das Verhalten verschiedener Blastomyceten (Saccharomyces Rivoltae, das rote Ferment, das Oidium albicans und das Blastomyces Lissae) gegenüber physikalischen (Hitze, Austrocknung, Licht, Filtration), chemischen (Säuren, Alkalien, Magensäure) Agentien, Alkaloiden, verschiedenen Gasen, ihr prokolytisches Vermögen, sowie die Zersetzung des Amygdalins durch dieselben untersucht und die Resultate in einer Reihe von Tabellen verzeichnet.

C. Müller-Genf.

Hygiene.

Die Prostitution, die venerischen Krankheiten und der Jahrmarkt in Nishnij Nowgorod, von W. Sarubin. (*Medicina* No. 29/30. 1896.) Nach einer Charakteristik des Jahrmarktlebens mit seinen bekannten Ausschweifungen geht Autor auf die Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Prostituierten in Nischnij Nowgorod über und schildert die durchaus ungenügende Registration und Kontrolle, wodurch natürlich eine Weiterverbreitung der Infektion außerordentlich begünstigt wird. Zur Abwehr dieses Übelstandes empfiehlt Sarubin Hospitalbehandlung der Prostituierten und Inspektion der Besucher der öffentlichen Häuser.

F. Grünberg-St. Petersburg.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

In der Diskussion über **Autointoxikationen** im „Wiener medicin. Club" am 2. Dezember weist SINGER auf seine Urinbefunde bei verschiedenen Hautkrankheiten (Urticaria, Pruritus, Akne) hin. Er weist das Mifsverständnis zurück, dafs er 1. die bei verschiedenen Dermatosen vermehrten Ätherschwefelsäuren als Ursache derselben betrachte. Dieselben zeigen nur einen abnormen Stoffwechsel an. 2. Er hat nie behauptet, dafs die durch die Darmfäulnis gebildeten Gifte die einzige Ursache jener Hautkrankheiten sind. Schon HEBRA hat den Satz ausgesprochen, dafs die Zahl der Schädlichkeiten weit gröfser ist als die Zahl der Krankheitsbilder auf der Haut.

Dreyer-Köln.

Über das gleichzeitige Vorkommen von chronischen Haut- und Gelenkserkrankungen, von MAX HERZ. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 39.) Eine Verbindung von chronischen Hautleiden mit Gelenkleiden per contiguitatem ebenso wie durch Toxinwirkung kommt wenig in Frage. Man mufs deshalb suchen, ein gemeinsames ätiologisches Moment für beide Affektionen zu finden. Häufig kombiniert sich die Psoriasis mit Gelenkaffektionen, was jüngst GERHARDT wieder geschildert. Verfasser sah einen seit fünf Jahren mit Psoriasis und zahlreichen Gelenkaffektionen behafteten Patienten, welche letztere teils sich der Arthritis deformans, teils den nervösen Gelenkleiden näherten. Dafs die Psoriasis mit dem Nervensystem in Zusammenhang stehe, ist ja vielfach behauptet; POLOTEBNOFF nennt sie ja eine vasomotorische Neurose. — Von Interesse ist ein vom Verfasser mitgeteilter Fall von Polyarthritis, welche sich aufser durch Muskelatrophie besonders durch sich darnach entwickelnde ausgedehnte Ekzeme und starke Hyperhidrosis auszeichnete. — Ein dritter Fall des Verfassers ist folgender: Ein Patient, nachdem er lange Zeit intermittierende Fieberzustände gezeigt, bekommt im Anschlufs an eine Pneumonie eine Affektion zahlreicher Gelenke, welche zu vielen Ankylosen führt. Daneben besteht an der Haut dreier Finger der rechten Hand, die auch Ankylosen der Fingergelenke darbot, eine Überproduktion von Epidermismassen, die dazu führt, dafs sich die Oberhaut handschuhfingerartig wie eine Hülse samt dem Nagel abstöfst. Es bleibt eine blutende Fläche zurück, die sofort wieder die Epidermisproduktion beginnt, bis wieder eine Abstofsung stattfindet. So geht das Spiel immer fort. Vielleicht könnte man hier an Vorgänge im Gefäfsgebiete denken, die Gelenk- und Hautleiden auslösen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bei seinen Untersuchungen über die **Veränderungen der Knäueldrüsen bei den Nephritikern** gelangte POLLACI zu folgenden Resultaten: 1. In ödematöser Haut stehen die Schweifsdrüsen unter dem Einflusse der Druckwirkung und der entzündlichen Prozesse in den Nieren. 2. Bei nicht ödematöser Haut bestehen die Veränderungen in Cystenbildungen, die besonders bei chronischer parenchymatöser Nephritis vorkommen. Sie werden verursacht durch eine Modifikation in der physikalischen Beschaffenheit des Schweifses infolge ihrer vikariierenden Funktion zur Herstellung des Gleichgewichts in der Wasserelimination und in der Funktion der anderen Drüsen. (*Rif. med.* 1896. No. 92.)

C. Müller-Genf.

Über das konstante Vorkommen von Spaltpilzeinschlüssen in den Zellen bei Eiterungsprozessen des Menschen nebst experimentellen Beiträgen zur Kenntnis und diagnostischen Bedeutung solcher Befunde, von E. v. HIBLER. (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenkunde.* Bd. XIX. Heft 2—5.) H. stellte seine Untersuchungen an Eiter, welchen er von purulenten Prozessen des Menschen gewonnen hatte und experimentell beim Tier durch Impfung erzeugte, an. Er gewann in beiden

Fällen dieselben Resultate. Von dem Eiter wurden Deckglaspräparate angefertigt und nach der Methode von INGHILLERI gefärbt. Es kamen zur Untersuchung der Staphylococcus aureus, Staphylococcus albus, „ein dem Staphylococcus pyogenes citreus am nächsten stehender Coccus", der Gonococcus, der Diplococcus intracellularis WEICHSELBAUM, ein Streptococcus pyogenes longus, ein Streptococcus pyogenes brevis im menschlichen Eiter, im Tiereiter neben diesen noch der Staphylococcus aureus, eine Diplokokkenkultur von einem Pleuropneumoniefall, der Bacillus typhi abdominalis, das Bacterium coli commune, der Bacillus diphtheriae LÖFFLER, der Bacillus pyocyaneus und der Milzbrandbacillus. In sämtlichen Fällen menschlicher Eiterung zeigten die Eiterzellen die betreffenden Kokken als Zelleinschlüsse. Im Tierversuche war dasselbe auch bezüglich der Bacillen vorhanden. Die Mikroorganismen lagen stets im Protoplasma der Zellen, nie im Innern der Kerne. In Fällen, wo das Letztere der Fall zu sein schien, handelte es sich um die Lage in Kernausbuchtungen. Letzteres war aufserordentlich häufig der Fall. Der Kern scheint sich vor den anlagernden Parasiten zurückzuziehen. Die Kokken und Spaltpilze fanden sich spärlich oder reichlich, dieses manchmal in dem Grade, dafs Kern- und Protoplasmaanordnung ganz verdeckt waren. Besonders im Menscheneiter umschlossen die Zellen richtige Mikrobienverbände, so Kokkenketten bis zu solchen von 30 und mehr Gliedern, Kokkenpaare, Tetraden und höhere Proliferationsverbände wie Oktaden. Das Vorkommen von Kokkenverbänden beweist, dafs innerhalb der Zellen noch Proliferationsvorgänge stattgefunden haben. Aber auch Degenerationsvorgänge sind an den Mikrobien beobachtet und abgebildet worden: Verlust der Tingierbarkeit mit Methylenblau, Verkleinerung, krümeliger Zerfall und bläschenförmige Quellung. Die Veränderungen waren in der Regel um so stärker, je geringer die Menge der in der betreffenden Zelle eingeschlossenen Mikrobien war. Andererseits waren, besonders bei gröfseren Reichtum der Zellen an Mikroorganismen, auch an der Zelle Degenerationsvorgänge zu bemerken. Im Protoplasma trat Vakuolenbildung auf, als deren Vorstufe vielleicht der um manche Spaltpilze sich findende Hof aufzufassen ist. In den Vakuolen lagerten nämlich vielfach Mikrobien, manchmal in Verbänden. Aufserdem wurde eine ungleichmäfsige Aufnahme des Eosins durch das Protoplasma und eine Verflüssigung mit folgender Auseinanderweichung des letzteren beobachtet. Die Degenerationsbilder am Kern bestanden in einer Abnahme der Färbbarkeit der Kernsubstanz, in Karyolysis und einer Art Karyorhexis; eine eigentliche Karyorhexis fehlte; auch konnte Chromatolyse entgegen den Angaben von JANOWSKI nur an Zellkernen beobachtet werden, deren Protoplasma gerade keine Mikrobieneinschlüsse zeigte.

Wenn das betreffende Versuchstier mit (durch Formalin) abgetöteten Kulturen geimpft worden war, erfolgte Aufnahme der toten Bakterien in die Zellen, sowohl einzelner wie ganzer Verbindungen. Die Kern- und Plasmaveränderungen waren dann immer sehr gering.

v. HIBLER schliefst aus dem konstanten Vorkommen der verschiedensten Eitererreger in den Eiterzellen, dafs gegenüber diesen Thatsachen von vornherein Befunden von Spaltpilzeinschlüssen in den Zellen der Wert eines bei der diagnostischen Bestimmung gewisser Spaltpilzarten entscheidenden Kriteriums abgesprochen werden mufs. Es ist immer auch das Verhalten der Mikroorganismen zu Farbstoffen und gewissen chemischen Reagentien und das Ergebnis der Kultur zu beobachten. Auf diese Weise verlieren der Gonococcus NEISSER und Diplococcus intracellularis (WEICHSELBAUM) die bevorzugte Stellung, welche sie in der bakteriologischen Diagnostik bis heute vielfach hatten. Der Gonococcus bietet keine sicheren morphologischen Unterscheidungs-

merkmale gegenüber anderen, ähnlichen Bakterien; so bildet z. B. der Staphylococcus pyogenes aureus (auch in der Zelle eingeschlossen) dem Gonococcus ganz gleiche Doppelbilder. Auch die Gramsche Methode kann gegenüber dem Gonococcus je nach den Umständen ein sehr wechselndes Ergebnis liefern.

Zwischen den Zellen und den durch sie aufgenommenen Bakterien entbrennt ein heftiger Kampf, welcher, wie die weit vorgeschrittenen Veränderungen an vielen Zellen zeigen, meist mit dem Untergang der letzteren endet. Andererseits dürfte aber auch eine richtige Phagocytose, eine Zerstörung der aufgenommenen Mikrobien vorkommen. *H. Einhorn-München.*

Die Behandlung einiger Infektionen, von Campana. (Rom 1896.) Diese zwei anläßlich des 100jährigen Jennerjubiläums gehaltenen Vorträge geben eine kurze Übersicht der Resultate der Serumtherapie bei den akuten (Erysipel, Diphtherie) und chronischen (Lupus) infektiösen Exanthemen. *C. Müller-Genf.*

Idioneurosen.

Zur Behandlung des Pruritus vulvae, von Paul Rugg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 18.) Verfasser will, abgesehen von den vereinzelten Fällen einer bestehenden Allgemeinkrankheit, den Pruritus nur als Folge von örtlichen Reizzuständen, als Folge einer Krankheit der äußeren Genitalien, der Vagina und der Portio, beobachtet haben. Daß es sich hierbei um einen chemischen oder bakteriologischen Reiz handeln kann, ist klar, obwohl spezifische Bakterien bisher nicht nachweisbar gewesen sind. Daher muß das Prinzip der absoluten Reinlichkeit der Vagina durchgeführt werden. Es ist nicht nötig, die Genitalien von den Haaren zu befreien, aber man soll die Vulva, Vagina, Portio und den Cervix ausseifen, ausspülen, die Vulva, Vagina mit Sublimat so stark waschen, bis man den Eindruck hat, es können sich hier keine pathogenen Stoffe mehr befinden. Alsdann werden die kranken Stellen der Vulva mit 3—5%iger Karbolvaseline bestrichen. Diese Prozedur muß der Arzt selbst vornehmen und sie in Pausen von 3—4 Tagen wiederholen. Ebenso muß bei frischer Blennorrhoe verfahren werden und der Erfolg wird ein sehr eklatanter sein.
L. Hoffmann-Berlin.

Zur Pathologie und Therapie des Pruritus, von Wannemaeker. (*Belgique médic.* Bd. II, No. 45. 1896.) Verfasser berichtet über sehr günstige Resultate, die er in verschiedenen Fällen von primärem und sekundärem Pruritus mit dem Salophen in Dosen von 3—5,0 pro die erzielt hat. *C. Müller-Genf.*

Sekretionsanomalien.

Zwei Fälle von Chromidrosis, von F. W. A. Stott. (*Lancet.* 15. Febr. 1896.) Ein 40jähriger Kaufmann und sein erwachsener Sohn hatten seit 3 resp. 2 Wochen eine rosarote Verfärbung an der Leib- und Bettwäsche, namentlich nach etwas lebhafterem Schwitzen, eintreten sehen. Hemd, Manschetten, Kragen zeigten wenige Stunden nach dem Anlegen wunderschöne rosarote Flecke. Die Haut erschien vollkommen normal und frei von Farbstoffen. Impfungen auf Kartoffeln ergaben bei der einen Probe nach 4 Tagen bei 18° C. eine rosarote Perle, welche in Reinkultur eine ebenso gefärbte Torula ergab. Bei 0° C. nehmen die Kulturen eine tiefrote Färbung an.
Philippi-Remscheid.

Zur Behandlung des Schweifsfufses, von RICHARD ADLER. (*Prag. med. Wochenschr.* 1896. No. 39.) Von allen antiidrorrhoischen Mitteln ist besonders hervorzuheben die pulverisierte Weinsteinsäure, deren Anwendung auch in schwersten Fällen die Sekretion für 2—3 Wochen beseitigt. Ihr überlegen sind aber Einpinselungen mit Formalin. Nach 2—3tägiger Anwendung bildet sich ein Schorf und die Sekretion hört mit einem Schlage auf. Die Wirkung hält 2—3 Wochen an. Vorhandene Schrunden müssen vor der Anwendung des Formalin beseitigt werden. Hervorzuheben sind auch die abnormen Sensationen, die in der Mund- und Rachenhöhle durch die Einatmung der Formalindämpfe entstehen. Für Schweifshand ist das Mittel weniger geeignet, da die Haut hart und hypästhetisch wird. Hier sind vielleicht Waschungen mit 1%igen Lösungen, wie sie OERTH empfohlen hat, am Platze. Die Wirkung ist als Ätzwirkung aufzufassen, die alterierten Epithelien sistieren mit der Sekretion. Ist der Schorf abgestofsen, so beginnt das darunter liegende normale Epithel wieder zu sezernieren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einen schweren Fall von Hysterie berichtet BEHR in der *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 34. Nach einem Sturz aus dem Fenster entwickelte sich bei einem 32jährigen Patienten eine Hysterie mit Hemianästhesie und Hyperidrosis der rechten Gesichtshälfte. Diese erschien kräftiger entwickelt. Das rechte Auge war braun, das linke blau mit versprengtem Pigment. Bei Erregung rötete sich die rechte Gesichtshälfte, und es erfolgte ein Schweifsausbruch, beginnend an der Haargrenze. Jedenfalls war diese Hälfte durch andere Beschaffenheit der Blutgefäfse prädisponiert. Es trat leichte Hyperämie ein. Dieser vermehrte Blutzufluſs mufs stets vorhanden gewesen sein, da diese Gesichtshälfte hypertrophisch und stärker pigmentiert war. Die stärkere Pigmentierung bestand von der Geburt an. Es bildeten diese Teile den Locus minoris resistentiae, an dem sich seelische Erregungen zuerst geltend machen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Eine Ikterus-Epidemie in King's Linn, von C. B. PLOWRIGHT. (*The Brit. med. Journ.* 30. Mai 1896.) Der erste Fall, welcher zur Beobachtung des Verfassers kam betraf einen neunjährigen Knaben. Innerhalb einer Woche erkrankten in derselben Familie 2 andere Kinder. Im ganzen hat Verfasser 34 Fälle gesammelt, von denen 21 weibliche, 13 männliche Personen betrafen. Die Mehrzahl der Patienten ist unter 20 Jahre alt. Die Epidemie trat unterschiedslos in allen Stadtteilen auf, so dafs von einer Beziehung derselben zu topographischen und klimatischen Verhältnissen nicht die Rede sein konnte. In einer Anzahl der Fälle bestand Übelsein und Appetitlosigkeit, welche 4 Tage bis 3 Wochen anhielten. 21 Fälle klagten über mehr oder weniger heftige epigastrische Schmerzen, 24 hatten Erbrechen. Die Mehrzahl war innerhalb von 10 Tagen wieder gesund. Ein Todesfall kam nicht vor. Die Mehrzahl der Erkrankungen fallen in die Sommer- und Herbstmonate, also in dieselbe Zeit, wo auch die Intestinalkatarrhe vorzuherrschen pflegen, ohne dafs man sagen kann, dafs die Epidemie in einem direkt ursächlichen Zusammenhange stehe.

Verfasser glaubt, dafs, da die Mehrzahl der Patienten starke Wassertrinker waren, die Beschaffenheit des Trinkwassers vielleicht eine Ursache für das Entstehen der Epidemie abgegeben habe. *C. Berliner-Aachen.*

Im ärztlichen Vereine zu Köln (ref. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 29) berichtet AUERBACH über eine **Ikterus-Epidemie** bei Kindern, die er beobachtet hat

Die Krankheit befiel Kinder aus den verschiedensten Stadtteilen und aus verschiedenen Ständen. Verfasser sieht nach dem leichten Verlaufe den Ikterus als Stauungsikterus an, kann aber eine bestimmte Ursache als etwaige Infektionsquelle nicht angeben. Ferner berichtet Verfasser über einen Fall von Ikterus bei einem rhachitischen Kinde, welches lange Zeit Phosphorleberthran genommen hatte. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Pathologie des Ikterus, von Renvers. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 23.) Beim akuten Ikterus will Verfasser den sogenannten katarrhalischen Ikterus nicht recht anerkennen. Es mag wohl Ikterus durch Störung des Nerveneinflusses vorkommen, gewöhnlich handelt es sich aber um toxische oder infektiöse Einflüsse, die den Ikterus hervorrufen. Beim chronischen Ikterus kommen vor allem Cholelithiasis und Verschluſs des Ductus choledochus durch Tumoren, namentlich maligne, in Betracht. Gerade bei ersterer Form ist ein operatives Eingreifen indiziert und segensreich, so daſs es hier auf exakte Diagnose ankommt. Verfasser bespricht daher eingehend die Differentialdiagnose.

In der anschlieſsenden lebhaften Diskussion (ref. *Allg. med. Central-Anz.* 1896. No. 20) bricht A. Fraenkel eine Lanze für den katarrhalischen Ikterus, der durch Katarrh an allen Punkten des Gallengangsystems, vor allem an den feineren Gallengängen zu stande kommen kann.

Jacques Meyer hält den chronischen Ikterus bei Steinen für häufig durch Stauung, nicht durch Infektion bedingt.

Litten hält für den wesentlichen Fortschritt die Erkenntnis, daſs bei Störungen der Gallensekretion das Gallengangsystem den Darmbakterien offen stehe.

Hans Cohn berichtet über einen tödlich verlaufenen Fall von Tuberkulose, der durch Auftreten von Drüsenschwellungen an der Porta hepatis eine heftige Lebererkrankung (Lithiasis) vortäuschte.

Freyhan berichtet über einen toxischen Ikterus bei bleikranken Arbeitern aus Accumulatorenfabriken.

Stadelmann will ebenfalls den Stauungsikterus nicht als beseitigt ansehen.

Karewski ist für frühzeitige Operation, durch die oft die Diagnose gesichert und Heilung herbeigeführt wird.

Ewald erkennt auch eine nervöse Entstehung des Ikterus durch reflektorische Zusammenziehung der Gallengänge an.

Leyden erwähnt Fälle von hämatogenem Ikterus bei Sepsis, Blutkrankheiten etc.

F. Hahn-Bremen.

Mifsbildungen.

Ein seltener Fall von Hypertrichosis universalis acquisita, von W. Sarubin. (*Medicina.* 1896. No. 18—22.) Nach genauer Anführung der Litteratur beschreibt der Autor einen von ihm in Charkow untersuchten Fall dieser Erkrankung bei einer 38jährigen, gut gebauten Frau, die vordem normal behaart, nach der Geburt des zweiten Kindes (vor 11 Jahren) längere Zeit bettlägerig war wegen heftiger Schmerzen im Unterleibe und darnach ein über den ganzen Körper verbreitetes schnelles Wachstum der Haare an sich beobachtete. Auch das Gesicht blieb nicht verschont, und bei der Untersuchung konstatierte Autor einen bis auf 11 Werschok langen Vollbart. Daneben waren Hypertrophie der Clitoris und linksseitige Salpingooophoritis chronica vorhanden. Die Geschlechtsfunktionen waren normal, die Menstruation allerdings war seit der letzten Geburt vor 11 Jahren ausgeblieben.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Verschiedenes.

Bemerkungen auf die Ehrmannsche Erwiderung „Zur Epithelfaserfrage".

Auf die persönlichen Anzapfungen Ehrmanns antworte ich nicht. Die Gepflogenheiten, die ich als Student liebte, habe ich abgelegt. Ich kneife nicht.

Sachlich habe ich folgendes zu sagen:

1. Ehrmann hat in einem Punkte Recht. Es sind nicht sieben, sondern fünf Rubriken, in die er die Fasern einteilt. Ich bitte des Versehens wegen um Entschuldigung.

2. Im nächsten Heft der *Dermatologischen Zeitschrift* wird eine Arbeit von mir erscheinen, in der Ehrmann die Gründe finden wird, warum ich bisher und auch in Zukunft nicht auf seinen Aufsatz im *Archiv für mikroskopische Anatomie*, Bd. 43, geantwortet habe und werde, und die zugleich eine scharfe, aber rein sachliche Kritik seiner in der *Bibliotheca medica* erschienenen Pigmentarbeit enthält. Ich nehme diese Gelegenheit wahr, um mein Bedauern darüber auszusprechen, dafs ich zu dieser Kritik genötigt war, da ich den Fleifs, den die Arbeit beweist, anerkenne.

Will Ehrmann nach Kenntnisnahme dieser Arbeit, die auch für ihn Neues über Pigment enthalten dürfte, unpersönlich und ohne Ab- und Umschweife den Kern der Sache mit mir diskutieren, so bin ich bereit, seiner Forderung zu entsprechen und mit ihm die litterarischen Klingen zu kreuzen.

Dr. E. Kromayer.

Eine Badewanne für die Schädeloberfläche, gleichzeitig brauchbar als Elektrode für allgemeine Faradisation und Galvanisation und für elektrische Behandlung des Haarbodens, von Graupner. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 92.) Verfasser giebt eine Kopfbadewanne aus gehärtetem Gummi an, die die Gestalt eines Cylinderhutes hat. Durch einen aufblasbaren Gummiring wird der feste ringförmige Anschluſs bewirkt. In die Wand des Hutes ist eine Elektrodenklemme angebracht, bis zu welcher derselbe mit Wasser gefüllt wird. Durch Bewegung des Kopfes kann man sogar Wellen erzeugen. Verfasser wendet nur den faradischen Strom an. Die Kopfbadewanne wird hergestellt von Reiniger, Gebbert & Schall.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Wir erfahren seitens der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. Main, dafs dieselben das in No. 14 der *Dtsch. med. Wochenschr.* besprochene **Neue Tuberkulin Koch** seit einiger Zeit schon in den Handel gebracht und auch in genügenden Mengen darstellen, um Bestellungen darauf prompt ausführen zu können. Der Detailverkauf geschieht ausschliefslich durch die Apotheken.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Abscefs, Periurethraler (Swinburne) 216.
Absorption der Medikamente durch die Haut (Linossier und Lannois) 332.
Achorion Schoenleinii im Kamme und im Koller des Hahnes (Campana) 645.
Acne 19. 351.
—, Lokale Behandlung der (Bronson) 42.
— pilaris 359.
— punctata 347.
— varioliformis (Roller) 160.
Acneförmige und nekrotische Tuberkulide (Hallopeau und Bureau) 375.
Acneprozefs 347.
Acnitis (Barthélemy) 373.
Addisonsche Krankheit, Über die traumatische Entstehung der (Schmey) 58.
— — mit Ausgang in Heilung, Ein Fall von (Cervellini) 58.
— —, Ein seltener Fall von (Hansemann) 57.
Adenome und Epitheliome der Niere (Albarran) 640.
Aiodin (Schaergers) 578.
Airol, ein neues Wundheilmittel (Hahn) 477; — (Degle) 578.
— in der dermatologischen Praxis (Löblowitz) 447.
—, Behandlung der Blennorrhoe mit (Legueu und Lévy) 594.
Akanthosis nigricans (Tenneson und Du Castel) 28; — (Heuss) 55; — (Isaac) 622.
— und ihre Beziehungen zur Carcinomatose der Bauchhöhle (Couillaud) 473.
— bei einem Individuum ohne Carcinomatose (Jacquet) 374.
Akrodermatitiden, Die kontinuierlichen (Hallopeau) 625.
Akrokeratom oder Keratodermitis (Giletti) 528.
Akromegalie, Hypertrophierende pulmonale Osteo-Arthropathie und (Thayer) 57.
Aktinomykose mit grofsen Jodkaliumdosen behandelt (Kozerski) 448.
Albuminurie, Cyklische (Marie) 585.
Albumosurie (Leick) 585.
Alopecia, Parasitärer Ursprung der (Sabouraud) 470.
—, Die nicht spezifische symptomatische (Ohmann-Dumesnil) 60.
— areata (Sherwell) 218; — (Abraham) 626.
— —, Behandlung mit Acidum aceticum und Skarifikationen (Faivre) 60.
— — vortäuschende Trichophytiasis (Dubreuilh und Frèche) 34.
— praematura und ihre häufigste Ursache [Eccema seborrhoicum] (Elliot) 59.
— syphilitica (Isaac) 621; — (Rosenthal) 621.
—, Traumatische (Stowers) 626.
— universalis, Ein Fall von (Goldfarb) 563.
— und Ansteckung, Diffuse, totale (Feulard) 471.
Amyloform in der Chirurgie (Longard) 477.
Anämie, Behandlung der lymphatischen (Fürst) 335.
Anästhesie, Allgemeine. Chloroform bei Operationen in der Blase und Harnröhre (Guyon) 31.
Analgesie in den hinteren Harnwegen, Erzeugung von (Scharff) 325.
Aneurysma und Syphilis (Etienne) 636.
Angioma auriculae, durch Operation geheilt (Gruber) 53.
Angiome (Plonski) 623.
— des Gesichts (Fox) 217.
Angiombildung, Multiple (Kopp) 381.
Antimontrichlorid lokal angewendet bei Epitheliom des Gesichts (Palmer) 52.
Antinosin (Lieven) 280; — (Kruse) 281.

Antiseptische Saturation durch die Haut und ihre Anwendung in den infektiösen Krankheiten (Debayle) 161.
Antistreptokokkenserum, Bereitung des (Bokenham) 581.
Aphasie, Motorische, im Frühstadium eines akuten Exanthems (Brasch) 95.
Aplasie der Haare, Moniliforme (Jeanselme) 375.
Arsen-Corns 150.
— -Cancer 150.
Arsengebrauch, Dermatosen, speziell Herpes zoster nach (Coffin) 225.
Ästhesiometrie bei der Untersuchung des peripheren Nervensystems und bei der Diagnose einiger Dermatosen (Barrucco) 334.
Atresia hymenalis congenita (Müller) 591.
—, Postlupöse und ihre Behandlung (Hallopeau, Le Dentu und Weil) 625.
Augenleiden bei Ichthyosis simplex (Hübner) 38.
Augenstörungen, Heredosyphilitische (Fournier und Janvieran) 214.
Ausscheidungen im Harn während des akuten Gichtanfalls, mit besonderer Berücksichtigung der Harnsäure (Pfeiffer) 588.
Ausschlag, Chronischer, recidivierender erythematös-bullöser (Crocker) 311.
— nach Berührung mit arteriellem Blute (Scheild) 35.
— an den Extremitäten, Serpiginöser, lupoider (Hutchinson jun.) 377.
Ausspülung der hinteren Harnröhre und Blase ohne Katheter (Marx) 177.
Autointoxikationen (Singer) 659.

Badewanne für die Schädeloberfläche (Gräupner) 664.
Bäder, Warme, bei den Infektionskrankheiten der Kinder (Bosc) 282.
Bakterien, Neue Methode zur Färbung der B. im Trockenpräparate (Pick und Jacobsohn) 336.
Bakteriurie (Goldenberg) 216.
— als Komplikation der blennorrhoischen Entzündung (Schlifka) 339.
Beleuchtungsapparate zu diagnostischen Zwecken (Lassar) 160.
Beri-Beri (Daeubler) 530.
Blase, Chloroform bei Operationen in der (Guyon) 31.
—, Chronische Cystitis mit konsekutiver excentrischer Hypertrophie und Insufficienz der (Bakó) 96.
—, Die entnervte (v. Zeissl) 484.
—, Hämaturie der (Pasteau und Escat) 574.
Blase, Muskelschichten derselben und die Struktur des Sphincter internus.
—, Infiltrierte Neubildungen der (Nogués und Pasteau) 638.
—, Prostatahypertrophie und anatomische Grundlagen der senilen Insufficienz der (Ciechanowsky) 538.
—, Ruptur der Urethra behandelt durch sofortige Naht und Drainage der (Weir) 482.
—, Extraperitoneale Zerreifsung der (Audry) 485.
—, Ureterenimplantation in die Flexura romana bei Ectopie der (Maydl) 590.
—, Tuberkulose der (Reynolds) 487.
—, Auskratzung der B. bei Blasenentzündung (Motz) 486.
— durch das Cavum ischio-rectale zu eröffnen.
—, Entfernung eines Katheters aus der (Baumgarten) 484.
—, Gänzliche Exstirpation wegen einer diffusen Geschwulst in der (Tuffier) 575.
—, Exstirpation der Blasenschleimhaut wegen Tuberkulose der (Delagnière) 488.
— und Harnröhre, Anatomie und Physiologie der (Finger) 128.
—, Ausspülung derselben ohne Katheter (Marx) 177.
— bei der Frau, Polypen der (Reboul) 169.
Blasenbildung, Symmetrische Morphoea begleitet von B. und ausgedehnter Ulceration (Morrow) 329.
Blasenentzündungen bei der Frau, Über die hartnäckigen (Escat) 575.
Blasengeschwülste, Intravesikale Operation der (Nitze) 117.
Blasenscheidenfistel, Spontanheilung einer (Boden) 591.
Blasenschleimhaut, Exstirpation der B. wegen Tuberkulose der Blase (Delagnière) 488.
Blasensteine, Das Auffinden der (Otis) 647.
Blasenwand, Neoplasma der B. begleitet von Harnretention (Feleki) 568.
Blastomyceten, Biologische Untersuchungen über die (Fermi) 658.
—, Neue Art von (Roncali) 51.
— in den Epitheliomen und ihre parasitäre Bedeutung (Binaghi) 51.
—, Über ihre pathogene Wirkung und Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten (Secchi) 554. 611.
Blennorrhoe, Abnorm späte Entwickelung der (v. Notthaft) 22.
—, Langdauernde Inkubation bei (Richter) 156.
—, Dauer der akuten (Christian) 221.

Blennorrhoe, Bakteriurie als Komplikation der (Schlifka) 339.
— und Genese der paraurethralen Gänge (Róna) 632.
—, Zur Differentialdiagnose der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der (Kiefer) 336.
—, Maligne Endocarditis nach (Keller) 521.
— bei neugeborenen Kaninchen, Experimentelle (Heller) 548.
— der Sexualorgane und ihre Komplikationen (Finger) 277.
— und Prostatismus (Eraud) 173.
—, Frequenz der Prostatitis, Vesiculitis und Deferentitis pelvica bei (Colombini) 225.
—, Abortivbehandlung der (Janet) 170; — (Lyons) 593.
—, Anwendung des citronensauren Silbers (Itrol) bei (Werler) 321.
—, Behandlung der akuten (Cassine) 593; — (Swinburne) 593.
— — nach Janet (Bukovsky) 593.
— — mit Airol (Legueu und Lévy) 594.
—, Radikale Behandlung der chronischen (Preiss) 594.
—, Jodoformin bei (Güntz) 581.
— des Weibes, Behandlung der (Bellini) 225.
— —, Beiträge zur Pathologie und Therapie der (Schultz) 543.
— —, Latente (Pryor) 546.
— — und ihre Behandlung (Carrick) 546.
Blennorrhoisches Fieber (Róna) 337.
— Eiter, Reaktion desselben (Colombini) 336.
— Entzündung (Hopkins) 339.
— Hodenentzündung, behandelt mittelst Spülungen mit permangansaurem Kalium (Delbet) 33.
—, diffuse Peritonitis (Bröse) 548.
— Prozefs, Klinische Untersuchungen über den (Valerio) 645.
— Pyelitis (Pollitz) 635.
— Rheumarthritis bei einem neugeborenen Kinde (Tyrrel) 547.
Blutbildung und Haarwechsel (Ehrmann) 230.
Bluterythem 35; — (Harrison) 626.
Bremer Kontrollstrafse (Sonnenburg) 382.
Bromexanthem oder Erythema hydroa (?) (Róna) 568.
Bubo, Pathogenese des venerischen (Mantegazza) 643.
Bubonen, Ätiologie und Therapie der (Deutsch) 569.
— und der Ulcus molle-Bacillus, Virulente (Krefting) 633.
Bullöser Ausschlag (Payne) 310.
Bullöser Ausschlag, Chronischer recidivierender, erythematöser (Crocker) 311.

Carcinoma, Ein Fall von (Robinson) 628.
—, Kokain und Opium bei der Behandlung von (Snow) 308.
—, Schimmelpilze bei Syphilis, Sarkom und (Kremer) 334.
— der Brustdrüse beim Manne (Sengensse) 52.
— der Haut, Lenticuläres (Lustgarten) 216.
Carcinomatose, Akanthosis nigricans bei einem Individuum ohne (Jacquet) 31.
— der Bauchhöhle, Dystrophia papillaris et pigmentaria und (Couillaud) 473.
Carcinomkranke, Eiterige Prozesse in der Vorgeschichte der (Lambotte) 51.
Chancre mixte (Audry) 524.
Chloralexanthem (Geill) 531.
Chloroformanwendung bei Operationen in der Blase und Harnröhre (Guyon) 31.
Chlorome (Hugounenq und Paviot) 53.
Chromidrosis, Zwei Fälle von (Stott) 661.
Chrysarobin und Chrysophansäure (Smith) 269.
Circumcision, Ein Fall von Erythema multiforme im Anschlufs an die (Knox) 650.
Coitus reservatus als Ursache der Neurasthenie (Tschish) 109.
Collessches Gesetz, Ausnahme des (Ogilvie) 394; — (Drenne) 650.
Cornu cutaneum 15.
Corpora cavernosa, Verhärtung der (Durand) 523.
Cysten, Inguinale und scrotale bei Kindern (Manley) 340.
Cystinfamilie, Neue (Pfeiffer) 634.
Cystitis catarrhalis ammoniacalis (Feleki) 568.
—, Chronische, mit konsekutiver excentrischer Hypertrophie und Insufficienz der Harnblase (Bakô) 96.
—, Fibrinartige Gerinnselmassen im Harn bei (Klein) 588.
—, Auskratzung der Blase bei (Motz) 486.
—, Zur Anwendung des Verweilkatheters bei akuter (Schulz) 486.
Cystoskop, Die Behandlung der Tuberkulose der Blase mit dem (Reynolds) 487.
Cystoskopie, Zur Technik der (Lohnstein) 635.
— bei Nierentumoren, Wert der (Bruni) 590.

Deferentitis pelvica, Prostatitis und Vesiculitis bei Blennorrhoe, Frequenz der (Colombini) 225.
Dermatitis der Brusthaut, Maligne (Sheild) 378.
— nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen (Elliot) 629.
— exfoliativa (Nicoletti) 40.
— — maligna 18.
— — neonatorum (Tánago y Garcia) 41.
— haemostatica (Klotz) 631.
— herpetiformis 215.
— — (Morris) 272; — (Fox) 438; — (Dr. X.) 573; — (Morrow, Bulkley und Jackson) 628.
— — in Beziehung zum Erythema multiforme und Pemphigus (Duhring) 442.
— pyaemica (Finger) 45.
— — circumscripta suppurans 45.
— — haemorrhagica 45.
— seborrhoica (Pringle) 438.
— venenata (White) 441.
Dermatologie, ihre Bedeutung auf dem Gebiete der medizinischen Wissenschaften (Selenow) 595.
—, Vorteile aus dem Studium der (St. Mackenzie) 287.
Dermatomyome, Über multiple (Neumann) 632.
Dermatosen nach Arsengebrauch (Coffin) 225.
—, Ästhesiometrie bei der Untersuchung des peripheren Nervensystems und bei der Diagnose einiger (Barrucco) 334.
— bei Glykosurie (Allen) 442.
—, Körperdurchspülung mit künstlichem Serum gegen antitoxische und toxische (Tommasoli) 226.
—, Allgemeine Tuberkulose nach ausgebreiteten nicht tuberkulösen (Audry) 643.
Dermato-therapeutisches Vademecum (Ledermann) 475.
Dermographismus (Klotz) 628.
Diabetes, Die Erkrankungen der Haut bei (Morrow) 63.
Diabetischer Brand (König) 64.
Diagnose, Fall zur (Bronson) 217; — (Morrow, Johnston) 219; — (St. Mackenzie) 272; — (Pringle) 310, 377; — (Perry) 377; — (Bruck) 434; — (Fordyce) 630.
Diphtherie des Penis, Wahre (Munn) 161.
Diverticulum urethrae (Feleki) 567.
Drüsen am Halse, Behandlung der tuberkulösen (Crawford) 307.
— der Urethralschleimhaut, Intraepitheliale (Klein und Groschuff) 175.
Ductus ejaculatorii, Frühzeitiger Verschluſs der (Burnett) 491.
Dünndarmpillen und -Kapseln (Haussmann) 477.
Duhringsche Krankheit (Gaucheret und Gaston) 29.
Durchlässigkeit der Haut (Manassein) 104.
Dystrophia papillaris et pigmentaria und Carcinomatose der Bauchhöhle (Couillaud) 473.

Eccema 18.
—, Chronisches, recidivierendes, oder kongenitale Xerodermia (Pye-Smith) 271.
— Fingerhut- (Wälsch) 269.
— impetiginosum, Nephritis im Gefolge eines allgemeinen (Badnel) 38.
— marginatum [Hebra], Therapie des (Gál) 38.
— —, Histologische Studien über das (Spiegler) 446.
— und Psoriasis, Einfluſs der Nahrung und des Alkohols auf Entstehung und Verlauf (White) 441.
Eccematöse Veränderungen und die Reaktion der Haut im allgemeinen (Tōrōk) 521.
Eigelb, Herstellung von Salbenkörpern mit (Bernegau) 577.
Einteilung der Hautkrankheiten (Jadassohn) 227.
Eiterige Prozesse in der Vorgeschichte der Krebskranken (Lambotte) 51.
Ekthyma scrophulosum [Hautskrophulide] (Gaston) 375.
— syphiliticum. Syphilis maligna praecox. (Dietz) 523.
Ektopia vesicae; Abänderungen der autoplastischen Methode (Pozzi) 526.
Elacin 599.
— (Unna) 658.
Elastin 599. 604.
Elastische Fasern s. Fasern.
Eleidin 3.
Elektrode zur Elektrisierung der Prostata (Popper) 99.
Elektrolyse nach Fort, verglichen mit anderen Behandlungsmethoden der permeablen Urethralstrikturen (Manganotti) 644.
Elektromagnetische Behandlung der nervösen Affektionen des Geschlechtsapparates (Barrucco) 177.
Elephantiasis (Pernose) 310.
—, Angeborene (Moncorvo) 161.
— des Beines mit Papillombildung am Fuſse infolge von Erysipel (Alessandro) 49.
Endotheliome (Hansemann) 53; — (Volkmann) 53.
Entstehung der Geschlechtsdrüsen aus dem Keimepithel (Kopsch und Szymonowicz) 127.

Entwickelung eines sechsjährigen Mädchens, Vorschnelle physische (Wladimirow) 439.
Entzündung und Pigmentation der oberflächlichen Gefäfsnetze der Cutis (Balzer und Griffon) 374.
Enuresis (Martin) 484.
— bei Kindern (Williams) 485.
Eosinophile Zellen 215.
Epidermolysis bullosa (Elliot) 629.
Epididymitis, Hysterische (Morel) 492.
— Primäre, gummöse (Reale) 491.
—, Tertiär-syphilitische (Durand) 643.
Epithelfaserfrage, Zur (Kromayer) 449; — (Ehrmann) 549.
—. Bemerkung auf die Ehrmannsche Erwiderung (Kromayer) 664.
Epithelialcarcinom der Nase von dreijähriger Dauer (Weed) 52.
Epithelioma (Mayer) 437; — (Abraham) 626.
— des Augenlidknorpels, Meibomsches (Dor) 52.
— des Gesichts, Lokale Anwendung von Antimontrichlorid bei (Palmer) 152.
— alveolare 575.
— contagiosum, s. Molluscum.
— Multiples (Allen) 630.
— — und Adenom der Niere (Albarran) 640.
— sebaceum, Primäres (Delore) 52.
—, Blastomyceten im (Binaghi) 51.
Epitheliome, Gutartige cystische (Brocq) 471.
Epithelzellen, Zur Pathologie des Protoplasmas der (Herxheimer) 444.
Erysipel, Elephantiasis des Beines mit Papillombildung am Fufse infolge von (Alessandro) 49.
—, Verschiedene Erythemformen bei (Pertat) 49.
—. Behandlung mit Vaselin (Köster) 49.
— Heilung durch Injektionen von Antistreptokokkenserum (Lust) 49.
—, Serotherapie des (Rijo und Calvo) 161.
Erysipeltoxin, Zur Frage der Behandlung der malignen Neoplasmen mit (Koch) 51.
Erythema aestivale (Gerson) 435.
— hydroa oder Bromexanthem (Róna) 568.
— durch Ichthyol hervorgerufen (Hallopeau und Weil) 376.
— multiforme (Galloway) 271.
— —, Dermatitis herpetiformis in Beziehung zum (Duhring) 442.
— — bullosum (Pringle) 438.
— — im Anschlufs an die Circumcision (Knox) 650.
— polymorphum phlyctaenoides, Veränderungen peripherer Nerven bei (Rocca) 645.
Erythema der Extremitäten mit lamellöser Desquamation der Handteller und Fufssohlen, Recidivierendes, asymmetrisches (Thibierge) 374.
—, Retikuläres pigmentiertes (Balzer und Griffon) 374.
— scarlatiniforme (Frank) 650.
— — desquamativum, Recidivierendes (Ancitrano) 41.
Erytheme, Gruppe der polymorphen (Tommasoli) 226.
Erythrodermie, Prämykotische (Darier) 29.
Erythromelalgie (Dehio) 535; — (Pezzoli) 536.
Ester des Cholestearins, Künstlich hergestellte (Santi) 477.
Eukain, Örtliche Anästhesie mittelst (Legueu) 170.
— als lokales Anästheticum für Urethra und Blase (Wossidlo) 520.
Eunuchen des kaiserlichen Palastes zu Peking (Matignon) 494.
Exanthem, Motorische Aphasie im Frühstadium eines akuten (Brasch) 95.
Exantheme, Akute (v. Jürgensen) 124.
Extragenitale Ulcera mollia (Krefting) 46.

Färbung der Bakterien, insbesondere des Gonococcus Neisser im Trockenpräparat, Neue Methode zur (Pick und Jacobsohn) 336.
Färbungen der Haut des Chamäleons und die Farbe des sog. primären Hautsarkoms (Campana und Degola) 35.
Färbungsmethode von Hautschnitten, Neue (Mamurowsky) 211.
Favus 351. 352.
— der Kopfhaut (Morris) 272.
— des Scrotums (Tavernier und Gérard) 225.
Favusähnlicher Ausschlag der Mundschleimhaut, verursacht durch Aspergillus nigrescens (Winfield) 441.
Fasern, Elastische und ihr Verhältnis zu den Lymphgefäfsen der Haut (Beck) 517.
Federn und Haare, Die elektrischen Eigenschaften der (Exner) 653.
Fibrin und fibrinartige Gerinnsel, Zur Kenntnis der Ausscheidung von (Klein) 587.
Fibrinurie (Klein) 587.
Fibroma molluscum (Klotz) 629.
Fibrome, Weiche (Tannhauser) 437.
Fibrosarcoma (Ionides) 377.
Filaria Medinensis oder Guineawurm (Perrin) 30.
Fingerhutekzem (Wälsch) 269.

Finger- und Handverletzungen, Behandlung frischer (Beyer) 595.
Folliclis (Hallopeau und Bureau) 215.
— und ihre eventuellen Beziehungen zur Tuberkulose (Hallopeau und Bureau) 30.
Folliculitis, Disseminierte, mit Lymphdrüsentuberkulose (Thibierge) 306.
— exulcerans serpiginosa nasi (Tánago y Garcia) 44.
Formaldehyd-Casein (Bohl) 479.
Formaldehydgelatine (Weyland) 279.
Frostbeulen, Chronische (Méneau) 624.
Frühe physische Entwickelung eines 6½jährigen Mädchens (Wladimirow) 439. 591.
Furunkel des Erwachsenen (Unna) 135. 181.
Furunkulose, Staphylokokkämie infolge von (Gangitano) 44.

Galaktorrhoe, geheilt durch Ölinjektionen (Tailhefer) 643.
Gangrän, Phagedänisches Geschwür der Äquatorialgegend kompliziert durch (Brault) 637.
Geheimmittel-Analysen 340.
Geistige Störungen im Gefolge kongenitaler Difformitäten und Affektionen des Genitalapparates (Guisy) 125.
Gelanthum (Unna) 478.
Genese der paraurethralen Gänge mit besonderer Rücksicht auf die blennorrhoische Erkrankung derselben (Róna) 632.
Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen (Fischer) 592.
Genitalien, Beziehung zwischen Nase und weiblichen (Fliefs) 473.
Geschlechtsapparat s. Elektromagnetische Behandlung.
Gesichtslupus, Nasaler Ursprung des (Méneau und Frèche) 624.
Gicht s. Ausscheidungen,
Glaskanüle zur Spülung der Harnröhre (Tuffier) 176.
Glossitis sclerosa (Bruhns) 368.
Gonococcus, Die Reaktion des blennorrhoischen Eiters und der Harnröhrenschleimhaut und die Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit des (Colombini) 336.
— in der gerichtlichen Medizin (Simon) 335.
— Züchtung in Reinkulturen an Tieren (Heller) 337.
—, Vereiterung der Leistendrüsen durch den (Hansteen) 516.
— im Trockenpräparate, Neue Methode zur Färbung der Bakterien, insbesondere des (Pick und Jacobsohn) 336.
Gonococcus, Reinzüchtung des (Jundell und Ahman) 381.
— Praktische Bedeutung des (Hammer) 447.
Gonokokken, Kulturen von (Nicolaysen) 337.
Gonokokkenfärbung auf Deckglaspräparaten, Praktische Winke zur (Schegolew) 565.
Gonorrhoe s. Blennorrhoe.
Granulationsgewebe, seine Bedeutung bei der Infektion mit pathogenen Mikroorganismen (Afanassjeff) 331.
Gumma, das einer krebsartigen Affektion der Unterlippe ähnelte (Petersen) 274.
— des Ohres, Ulceriertes (Hermet) 214.
— des Rückenmarks (Orlowsky) 313.
Gummata, Tuberkulöse (Pringle) 273.
Gummöse Prozesse (Mayer) 437.
Guineawurm oder Filaria Medinensis (Perrin) 30.

Haar als Rassenmerkmal und über Negerhaar insbesondere (Unna) 652.
— und Blutoxydation (v. Schöler) 654.
Haare und Federn, Die elektrischen Eigenschaften der (Exner) 653.
—, Moniliforme Aplasie der (Jeanselme) 375.
Haarfärbemittel, Türkisches Wasser ein (Landerer) 578.
Haarfärbung, Anomalie der (Mayer) 437.
Haarfarbe und Haarfärbung (Richter) 25. 519.
Haarwechsel und Blutbildung (Ehrmann) 230.
Haarzunge, Schwarze (Röstowjew) 41.
Haemangioendothelioma tuberosum multiplex (Elschnig) 53.
Haematocele paravaginalis im Gefolge der Punktion einer Hydrocele (Lemiches) 591.
Hämaturie, Seltener Fall von (Krauss) 584.
Hämaturien der Blase und der Nieren, die Bedingungen ihrer Erzeugung (Pasteau und Escat) 574.
Hämoglobinurie (Plique) 585; — (Ferrier) 585.
Hämorrhoiden, Medikamentöse Behandlung der (Naegeli-Ackermblom) 59.
Harn, Abnorme Färbung des H. bei eiteriger Pericystitis (Pasteau und Debains) 641.
—, Fibrinartige Gerinnselmassen im H. bei Cystitis (Feleki) 568.
—, Ausscheidung der Oxalsäure im (Dunlop) 585.
—, Nachweis des Peptons im (Robitschek) 588.
—, Quecksilberausscheidung durch den H. bei interner Einführung (Kudysch) 106.

Harn, Urometer zur Bestimmung des Traubenzuckers im (Lohnstein) 590.
Harnblase s. Blase.
Harn-Genital-Darmfisteln des Weibes (Boden) 591.
Harn- und Geschlechtswerkzeuge beim Manne, Erläuterung der Lage der (Nussbaum) 125.
Harninfektion, Serotherapie der (Albarran und Mosny) 32.
Harnleiter s. Ureter.
Harnkrankheiten, Diagnostik der (Posner) 275.
Harnretention, Neoplasma der Blasenwand als Ursache einer chronischen (Feleki) 568.
—, Wert der Punktion und des hohen Blasenschnittes bei akuter (Legueu) 168.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhreneingang, Pathologische und klinische Wichtigkeit der Verengerung des (Barrucco) 395.
Harnröhreninstrumente aus Glas (Grünfeld) 176.
Harnsaure Diathese, Ursachen der Unwirksamkeit verschiedener gegen dieselbe empfohlener Mittel (Mordhorst) 588.
Harnsaure Sedimente, Bedingungen für deren Entstehung (Mordhorst) 589.
Harnsedimente, Konservierung der (Gumprecht) 583.
Harnstoff, Diuretische Wirkung des (Friedrich) 589.
— -Bestimmung im Urin (Linossier) 589.
Harnuntersuchung einer Pemphiguskranken (Fodor) 42.
Harnuntersuchungen nach Einreibung medikamentöser Vasogenpräparate (Monheim) 582.
Harnveränderungen bei Katarakt (Frenkel) 584.
Harnvergiftung (Intoxikation) und Harninfektion (Chevalier) 326.
Harnwege, Infektion der (Posner und Lewin) 117.
Haut, Absorption der Medikamente durch die (Linossier und Lannois) 332.
—, Absorption des Methylsalicylats durch die (Ceconi und Nalin) 332.
—, Bedeutung der Bäder zur Verminderung der Mikroorganismen der (Remlinger) 334.
—, Lentikuläres Carcinom der (Lustgarten) 216.
— bei Diabetes, Die Erkrankungen der (Morrow) 63.
—, Durchlässigkeit der (Manassein) 104. 515.
—, Ekzematöse Veränderungen und die Reaktion der (Török) 521.
Haut, Elastische Fasern und ihr Verhältnis zu den Lymphgefäßen der (Beck) 517.
—, Kathaphorese der (Meissner) 370.
— und Lunge [eine physiologische Berichtigung] (v. Schöler) 654.
—, Akute Miliartuberkel der (Leichtenstern) 385.
—, Myiasis der (Abraham) 626.
—, Myoma multiplex der (Crocker) 570.
— bei Myxödem, Histologische Veränderungen der (Beck) 597.
—, Pharmakopoe für die Erkrankungen der (Startin) 278.
—, Multiples, idiopathisches Pigmentsarkom der (Semenow) 103.
—, Histologische Untersuchungen der Einwirkung des Resorcins auf die gesunde (Kellogg) 233.
—, Sarkomatose der (Malherbe) 637.
—, Antiseptische Saturation durch die H. und ihre Anwendung in den infektiösen Krankheiten (Debayle) 161.
—, Sklerodermie und ihre Beziehung zum Trophismus der (Montesano) 60.
—, Multiple Tumoren der (Klotz) 628.
—, Überosmiumsäurereduktion durch das Pigment der menschlichen (Barlow) 656.
— bei Vitiligo, Trophismus der (Montesano) 60.
Hautaktinomykose mit grofsen Jodkaliumdosen behandelt (Kozerski) 443.
Hautausschlag im Anschlufs an Influenza, Recidivierender desquamativer (Pringle) 438.
Hautepithelien, Ballonierende Degeneration der (Unna) 657.
Hautexantheme, Mischinfektion akuter (Samter) 281.
Hautfibrome (Plonski) 623.
Hautflecken, Schwarze [Akanthosis nigricans] (Isaac) 622.
Hautgangrän, Multiple (Hintner) 446.
Hautgeschwülste, Einige Fälle von (Plonski) 623.
Haut- und Gelenkerkrankungen, Gleichzeitiges Vorkommen von chronischen (Herz) 659.
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Therapie der (Thimm) 474.
Hauthorn (Couillaud) 623.
Hautkrankheit, Epidemische (Fordyce) 631.
Hautkrankheiten (Duhring) 118.
—, Einteilung der (Jadassohn) 227; — (Duhring) 442.
—, Ledermanns Poliklinik für (Berliner) 288.
— und Schlaf (Bulkley) 333.
— Schilddrüsenpräparate gegen (Sarubin) 319, 579.
Hautkrebs, Multipler (Korowin) 273.
Hautnervensystem der Arthropoden (Holmgren) 651.

Hautpigmentation, Diffuse, mit eigentümlicher Verteilung des Pigmentes auf der Hautoberfläche (Palatschenko) 58.
Hautreizung infolge Manipulierens mit Hyacinthenknollen (Freeman) 572.
Hautsarkom, Färbungen der Haut des Chamäleons und die Farbe des sog. primären (Campana und Degola) 35.
Hautsarkomatose (Brigidi) 51.
Hautskrophulide (Gaston) 375.
Hauttherapie mittelst medikamentöser Seifen (Müller) 320.
Hauttransplantationen (Menger) 340.
—, Neue Methode der Herbeischaffung von Material für (Lusk) 288.
— nach Krause bei den plastischen Operationen im Gesicht (Erdmann) 596.
Hauttuberkulose (Joseph) 369.
—, Serum von Maragliano bei Behandlung der (Fileti und Mensa) 644.
Hautwarzen und Sarkom, Endotheliale (Bauer) 56.
Hebrasalbe, Ranzidität der (Dieterich) 278.
Heredosyphilis (Du Castel) 29.
Heredosyphilitische Stigmata (Fournier) 215.
— Augenstörungen (Fournier und Janvieran) 214.
Hermaphroditismus verus bilateralis beim Schwein (Kopsch u. Szymonowicz) 127.
Herpes des äufseren Ohres (Sommers) 536.
Herpes Zoster, s. Zoster.
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut: V. Furunkel des Erwachsenen (Unna) 135. 181.
Hoden, Zwischenzellen des (Hansemann) 489.
—, Ein Fall von Achsendrehung des (Sheen) 490.
—, Kongenitale Anomalie des rechten (Parona) 490.
— Ektopie des H., kompliziert mit Medullarkrebs (Binaud u. Chavannaz) 490.
Hodenprothesen (Carlier) 174; — (Loumeau) 491.
Hodenschmerz (Edmondson) 490.
Hornzellen, Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der (Rausch) 65.
Hydroa vacciniforme Bazin, Histologie der (Mibelli) 87. 528.
Hydrocele, Über die Ruptur der Tunica vaginalis bei der (Burdet) 493.
—, Verkalkung der Tunica vaginalis als Komplikation einer alten (Roswell) 492.
—, Injektionen von Jodoformäther bei (Ponsard) 493.
— Irritierende Injektionen und Drainage bei (Nicaise) 537.
— tunicae vaginalis, Radikale Behandlung der (Rörsch) 537; — (Doyen) 537.
Hydronephrose infolge von Verengerung des Harnleiters (Legueu) 328.
Hydrothionurie, das Auftreten von Schwefelwasserstoffgas im Urin (Scott) 585.
Hygiene in der Barbierstube (Berger) 472.
Hyperkeratosis 18.
— universalis congenita 21.
—, Umschriebene (Dubreuilh) 223.
Hypertrichosis universalis acquisita, Ein seltener Fall von (Sarubin) 649. 663.
Hyphomykosen, Zur Pathologie der (Waelsch) 445.
Hypospadie, Pseudo-Hermaphroditismus infolge von perineoscrotaler (Ortiz y Córdoba) 161.
Hysterie, Schwerer Fall von (Behr) 662.

Ichthyol und Thiol (Muren) 480.
Ichthyosis 17.
—, Drei Fälle in einer Familie (Frick) 646.
—, congenita, Zur Pathologie der (Gerstenberg) 521.
— simplex, Augenleiden bei (Hübner) 38.
Jessner contra Proksch 180.
Ikterus (Renvers) 668.
— Epidemie (Auerbach) 662.
— — in Kings Lynn (Plowright) 662.
—, Syphilitischer (Löwenstein) 368.
Impetigo contagiosa universalis (Allen) 443.
— — vegetans, ein Beitrag zur Pathologie des Protoplasmas der Epithelzellen (Herxheimer) 444.
Impfnarben, Prognostischer Wert der (Raymond) 287.
Impfschäden, Impfexantheme und nach Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen (Voigt) 285.
Impfung, s. Vaccination.
Infektionen, Behandlung einiger (Campana) 661.
Infektionsagens der Blattern, Untersuchung über das spezifische (Sternberg) 284.
Infektionskrankheiten der Kinder, Warme Bäder bei den (Bosc) 282.
Influenza, Recidivierender desquamativer Hautausschlag im Anschlufs an (Pringle) 438.
Inguinalbubonen; Behandlung mittelst Einstich mit nachfolgender Injektion von Argentum nitricum-Lösung (Timofeew) 47.
Injektionsspritze, Aseptische (Mayer) 27.
Initialsklerose, Lokalisation auf ungewöhnlichen Stellen (Griffin) 395.
— mit ungewöhnlichen sekundären Symptomen, Urethrale (Tuttle) 315.
— am oberen Augenlide (Allen) 628.

Initialsklerose der Conjunctiva (Mazet) 524; — (Hitschmann) 395; — (Valude und Laur) 471.
— der Unterlippe, Hartnäckige (Montgomery) 395.
— der Wange (Marmonier) 524; — (Allen) 628.
— am Zahnfleisch (Ledermann) 27.
— an der unteren Zungenfläche (Lesser) 620.
Initialsklerosen, Multiple (Petrini) 470.
— beider Mandeln (Jullien) 470.
Insektenstiche, Zur Behandlung der (Ottinger) 531.
Instrumente für Urethra, Prostata und Rectum nach dem Prinzip der Winternitzschen Kühlsonden (Barrucco) 176.
Jodintoxikation (Weber) 582.
Jodkaliumwirkung auf die Elemente des normalen Blutes (Colombini und Simonelli) 644.
— auf das Blut der Syphilitiker (Colombini und Gerelli) 644.
Jodoformätherinjektionen bei Hydrocele (Ponsard) 493.
Jodoformin (y Beusdraglie) 279.
— bei Tripper und Schanker (Güntz) 581.
Jodoformvergiftung, Ein Fall von (Mc. Cormack) 479.
Jodolpflaster bei venerisch-syphilitischen Krankheiten (Majocchi) 460.
Ischurie, Nicht obstruktive (Stein) 221. 485.
Itrol bei Blennorrhoe (Werler) 321.

Kahlköpfigkeit, Über (Sabouraud) 637.
Kankroid des linken Zungenrandes (Heller) 621.
Karbolgangrän (Rosenberg) 535.
Kastration, Prothese für den Hoden nach (Macias) 161.
— in der Wirkung auf die Entwickelung des Knochensystems (Poncet) 491.
— s. auch Prostatahypertrophie.
Kataphorese der Haut (Meissner) 370.
Katheter, Elastische (Posner u. Frank) 324. 520.
—, Entfernung eines in der Blase zurückgebliebenen (Baumgarten) 484
Kathetersterilisation (Alapy) 118. 324; — (Kutner) 635.
Keloid und Jodtinktur (Feulard) 214.
Keratin 2.
Keratodermia symmetrica [Besnier] (Nikulin) 565.
Keratodermitis oder Akrokeratom (Giletti) 528.
Keratohyalin 2.
Keratoma 18.
Keratosen, Ätiologie und Varietäten der (Mibelli) 345. 415.
Keratosis arsenicalis und Melanosis (Nielsen) 137.
— pilaris 346.
— — rubra 346.
— — erythematosa 359. 361.
— follicularis Darier 346. 361.
— — contagiosa-Brooke 346.
Keratophorie 347.
Klappenbildungen, Angeborene, im Bereiche der Pars prostatica urethrae (trichterförmiger Klappenverschluſs) (Schlagenhaufer) 179.
Klassifikation der Hautkrankheiten, Pathologische und klinische (Duhring) 442.
Knäueldrüsen-Veränderungen bei den Nephritikern (Pollaci) 659.
Knochenfrakturen bei Syphilitikern (Tavernier) 522.
Körperdurchspülung mit künstlichem Serum gegen antitoxische und toxische Dermatosen (Tommasoli) 226.
Kohlensäure, ihre Wirkung auf das sexuelle System (Schuster) 127.
Kokain und Opium bei der Behandlung von Carcinom (Snow) 308.
Kollastin 599. 606.
Kollodiumpräparat (Gaucher) 29.
Kongreſs in Moskau, XII. internationaler medizinischer 232. 496.
Kosmetik (Thimm) 474.
Kosmetische Mittel in sanitätspolizeilicher Beziehung (Vollmer) 323.
Kraurosis vulvae (Neumann) 592.
Krebs s. Carcinoma.
Krebsartige Affektion der Unterlippe (Petersen) 274.
Krystallbildungen im Genitalsystem des Mannes, Spezifische (Fürbringer) 538.

Labien, Parasit der groſsen (Thévenin) 643.
Lävulosurie (May) 521.
Lepra (Joseph) 385.
— in den Baltischen Provinzen (Koppel) 106.
— im Kreise Memel (Blaschko) 321.
—, Zur Kasuistik der (Arnheim) 519.
—, Morvansche Krankheit, Syringomyelie und (Prus) 61.
— Die verschiedenen Knotenformen der L., Bemerkungen gelegentlich der Vorstellung eines Falles von Cutislepromen (Unna) 384.
—, Neue serotherapeutische Behandlungsmethode der griechischen (Carrasquilla) 161.
— Bemerkungen nach den Erfahrungen aus dem Leprahospital zu Rio de Janeiro (Havelburg) 383.

Leprafrage, Zur (Blaschko) 383.
Leprahospital von Rio de Janeiro, Bericht über das (Lima) 385.
Leukoderma (Shillitoe) 626.
— syphiliticum, Universelles (Lesser) 626.
Lichen corneus (Schwimmer) 567.
— planus (Robinson) 217; — (Abraham) 270; — (Pringle) 273. 311; — (Galloway) 376.
— — der Schleimhäute (Iverseng) 225.
— — auf die Mundschleimhaut lokalisiert (Hallopeau und Schroeder) 30; — (Dubreuilh und Frèche) 624.
— — buccalis in Form von Oblaten und sternförmigen Streifen (Hallopeau) 376.
— — hypertrophicus (Pringle) 272; — (Fordyce) 646.
— — mit ungewöhnlicher Verteilung der Läsionen innerhalb des Mundes (Pringle) 438.
— — und Tinea versicolor (Abraham) 626.
— ruber bei einem ¾ Jahr alten Kinde (Mayer) 437.
— — oder Pityriasis rubra pilaris (Payne) 270.
— — planus (Richter) 158; — (Löwenstein) 368; — (Dietz) 523; — (Blaschko) 621; — (Ledermann) 621.
— — — mit Arsennebenwirkungen, Ungewöhnlicher Fall von (Dreysel) 380.
— — — acuminatus und verrucosus (Joseph) 378.
— — — et verrucosus (Ledermann) 27.
— scrophulosorum (Hallopeau und Bureau) 30; — (Abraham) 627.
— simplex (Pringle) 273.
Lichenfrage, Zur (Neumann) 50.
Lipom, Protozoen bei (Vedeler) 54.
Lipome, Multiple subcutane (Moscato) 54.
Lippenaffektion, Eigentümliche (Allen) 627.
Lippenschanker, Sechs Fälle von (Stout) 37.
Lithotripsie (Le Four) 642.
Loretin, Zur Wirkung des (Wurth) 479.
Lunge und Haut [eine physiologische Berichtigung] (v. Schöler) 654.
Lungenembolien bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten (Möller) 317.
Lupoider, serpiginöser Ausschlag an den Extremitäten (Hutchinson jun.) 377.
Lupus, Therapie des (Sapeschko) 108.
— der Beine (Dent) 438.
— des Gesichts, Über den nasalen Ursprung des (Méneau und Frèche) 624.
— der Schleimhäute, Bedeutung des (Audry) 212. 522.
— annularis (Elliot) 331.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
Lupus und Scrophulodermia (Payne) 438
— vulgaris, Chirurgische Behandlung des (Popper) 518.
— —, Ungewöhnlicher Fall von (Elliot) 331.
— —, Ulerythema centrifugum, umgewandelt in (Jackson) 630.
Lupusherde des Gesichts, Behandlung ausgedehnter (Nélaton) 304.
Lymphangiektasie und Lymphorrhagie (Haferkorn) 57.
Lymphatische Anämie s. Anämie.
Lymphorrhagie und Lymphangiektasie (Haferkorn) 57.

Madurafuſs, Ein Fall von (Gémy und Vincent) 224.
Malariapigmente (Boisson) 57.
Masturbation, Urethritis infolge von (Faitout) 177.
Medullarkrebs bei einem Manne von 59 Jahren mit Ektopie eines Hodens (Binaud und Chavannaz) 490.
Melanosarkom, Multiples (Robinson) 631.
Melanosis und Keratosis arsenicalis (Nielsen) 137.
Merkurialerkrankungen (Lieven) 302.
Metachromatismus 561.
Metallsonden (Bakó) 98.
Methode der subcutanen Einführung von Quecksilber bei der Behandlung mittelst Schwefelwannen in Pjatigorsk (Mironowicz) 105.
Miliartuberkel der Haut bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose, Akute (Leichtenstern) 385.
Mikroorganismen, Jahresbericht über pathogene (v. Baumgarten und Roloff) 124.
— der Hautoberfläche, Bedeutung der Bäder zur Verminderung der (Remlinger) 334.
Mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie. Rückblick auf das Jahr 1894 (Ledermann und Ratkowski) 117.
— — der ärztlichen Sprechstunde (Meissner) 124.
Mikrosporon furfur (Spietschka) 112.
— Gruby-Sabouraud 239.
Morphoea (Stowers) 271.
—, Symmetrische (Cavafy) 271.
— — begleitet von Blasenbildung und ausgedehnter Ulceration (Morrow) 329.
Molluscum contagiosum (Schamberg) 54; — (Winagradow) 54; — (Lindström) 105; — (Beck) 116.
— fibrosum und excessive Pigmentation (Galloway) 272.
Morbus caeruleus (Guthrie) 528.
— maculosus Werlhofii (Barbary) 224.

Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane, Ergebnisse der speziellen pathologischen (Lubarsch und Ostertag) 227.
Morvansche Krankheit, Syringomyelie und Lepra (Prus) 61.
Myiasis der Haut (Abraham) 626.
Mykosis von besonderem Aussehen mit Prurigo (Hallopeau und Bureau) 307.
— fungoides (Hallopeau und Bureau) 30; — (Krey) 48.
— —, Zur Kasuistik der (Jacobi) 519.
— — mit besonderer Berücksichtigung des prämykotischen Stadiums (Morrow) 330.
— —, Vorstadium der (Du Castel) 49.
— — (Alibertsche Krankheit), Das erste und zweite Stadium der (Lukasiewicz) 114.
— — im erythematösem Stadium (Morrow-Lapowski) 219.
— — Intradermale Knötchen mit besonderen klinischen Merkmalen bei (Wickham) 216.
— — und Sarkomatosis cutis (Bowen) 441. 648.
Myoma multiplex der Haut (Crocker) 570.
Myxödem, Ein Fall von (Lustgarten-Abrahams) 217.
—, Histologische Veränderungen der Haut bei (Beck) 597.

Naevi, Metamere Lokalisation der zosterartigen (Hallopeau und Weil) 625.
Naevus acneiformis (Thibierge) 29.
— — unilateralis (Selhorst) 33.
— linearis 55.
— papillaris 55.
— porokeratodes 363.
Naftalan (Rosenbaum) 578.
Narben nach Streptokokkenimpetigo, Hypertrophische (Balzer und Griffon) 470.
Nase und weibliche Geschlechtsorgane (Fliess) 473.
Nebennieren, Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der (de Dominicis) 596.
Nederlandsche Vereeniging van Dermatologen 232.
Negerhaare, Über (Unna) 652.
Nekrobiose 11.
Neoplasmen, Maligne: Behandlung mittelst Erysipeltoxins (Koch) 51.
Nerven, Eine neue Scheide im Endteile der peripheren (Russini) 652.
Neurasthenia syphilitica (Bogdan) 524.
Neurodermitis papulosa pigmentosa (Schwimmer) 566.
Nephritis, Akute, infolge eines allgemeinen impetiginösen Ekzems (Baduel) 38.
Niere, Wirkung des Äthers und des Chloroforms auf die (Legrain) 577.
Nierenaffektionen bei Syphilis (Welander) 315.
Nierenexstirpation, Die Grenzen der (Wagner) 520.
Nierentumoren, Wert der Cystoskopie zur Feststellung der Frühdiagnose bei (Bruni) 590.
Noma (Nicolaysen) 50.
Nomenklatur der Syphilis und der venerischen Krankheiten (Pawlow) 274.
Nosophen (Seifert) 279; — (Binz) 279; — (Dreyer) 280.
— als Ersatzmittel des Jodoform (Noack) 280.
—, Wirkungen und Verhalten im Tierkörper (Binz und Zuntz) 279.
— und Antinosin, Untersuchungen über (Lieven) 280.
— und seine Verbindungen (Sonnenberger) 279.
Nosophengaze, Dreiprozentige (v. Noorden) 280.

Ödem, Angioneurotisches (Wright) 528.
— des Gesichts, Erysipelartiges (Dubois-Havenith) 49.
Onanismus bei Kindern (Schmuckler) 108.
Orchitis, Tuberkulöse (Halsted) 492.
Osteo-Arthropathie, Hypertrophierende pulmonale, und Akromegalie (Thayer) 57.
Oxalurie und die Ausscheidung der Oxalsäure im Urin (Dunlop) 585.

Paget's Krankheit (Sheild) 378.
— der Brust (Jackson) 329; — (Robinson) 627; — (Lustgarten) 629.
Paraplaste (Unna) 341.
Papilloma neuroticum 55.
Papillombildung am Fufse infolge von Erysipel, Ein Fall von Elephantiasis des Beines mit (Alessandro) 49.
Parakeratosis 16.
— scutularis 359.
Parasit der grofsen Labien (Thévenin) 643.
Paraurethrale Gänge s. Genese.
Pemphigus der Conjunctiva (Pernet) 270.
—, Dermatitis herpetiformis in Beziehung zum (Duhring) 442.
— acutus gravis (Filaretopoulo) 224.
— foliaceus (Nicolsky) 105.
— —, Befund des Rückenmarks und peripherer Nerven bei (Bargum) 42.
— vegetans (Köbner) 47; — (Vägler) 47.
— vulgaris chronicus (Ledermann) 27.
Pemphiguskranke, Harnuntersuchung derselben (Fodor) 42.

Penis, Messingring 12 Jahre eingeschlossen im (Lefleive und Barbulée) 483.
— Diphtherie des (Munn) 161.
Penisfisteln, Anomalien der angeborenen (René le Fort) 327.
Pentosurie und Xanthoma diabeticum (Colombini) 129.
Pericystitis, Anatomie der (Misiewicz) 634.
—, Eiterige, geheilt durch Drainage vom Damm aus; abnorme Färbung des Harns (Pasteau und Debains) 641.
Peritonitis, Diffuse blennorrhoische (Bröse) 548.
Permeabilität der normalen Haut (Manassein) 515.
Personalia 496.
Pflasterpapiere (Herxheimer) 479.
Phagedaena des Penis bei einem tertiärsyphilitischen Patienten (Hutchinson jun.) 309.
Phagedänisches Geschwür der Äquatorialgegend, kompliziert durch feuchte Gangrän und Hospitalbrand (Brault) 637.
Pharmakopoe für die Erkrankungen der Haut (Startin) 278.
Phlebitische, nicht variköse Geschwüre (Gaston) 375.
Phlegmonöse Entzündung und Eiterung im Anschlufs an die Vaccination (Schaefer) 37.
Piedrapräparate (Mayer) 27.
Pigment, das melanotische, und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbeltiere (Ehrmann) 230.
— der menschlichen Haut, Überosmiumsäurereduktion durch das (Barlow) 656.
Pigmentation, Molluscum fibrosum und excessive (Galloway) 472.
— und Entzündung der oberflächlichen Gefäfsnetze der Cutis (Balzer und Griffon) 374.
— des Halses vom Aussehen einer Pigmentsyphilis bei einem kachektischen Tuberkulösen, Netzartige (Thibierge) 374.
Pigmentbildung, Urticaria mit (Róna) 369.
Pigmententwickelung (Fischel) 657.
Pigmentsarkom der Haut, Zur Pathologie des multiplen idiopathischen (Semenow) 103.
Pikrinsäure, Behandlung von Verbrennungen mittelst (Syla-Novitzky) 440.
Pityriasis capitis 18.
— rosea [Gibert], (Tandler) 114; — (Fordyce) 217; — (Stowers) 271.
— rubra pilaris 359. 362.
— — —, Ein Fall von (Jordan) 206.
— — — oder Lichen ruber (Payne) 270.
Polypen der Harnröhre und Blase bei der Frau (Reboul) 169.
Porokeratose 361.
Porokeratosis (Mibelli) 36.
Preisaufgabe, Dr. Unnas dermatolog. 179.
Primäraffekt, s. Initialsklerose.
Proksch contra Jessner 180.
Prokeratin 2.
Prostata, Elektrode zur Elektrisierung der (Popper) 99.
— Instrument zur Massage der (Swinburne) 540.
—, Neue elastische Katheter für voluminöse (Phélip) 540.
— und Samenbläschen, Krankheiten der (Picard) 123.
— und Urethra, Diagnostischer Wert des lokalen Temperaturwechsels bei Affektionen der (Barrucco) 175.
Prostatahypertrophie, Häufigkeit der verschiedenen Arten der (Motz) 538.
— und anatomische Grundlagen der senilen Insufficienz der Blase (Ciechanowsky) 538.
— und deren Behandlungsmethoden (Viertel) 539.
— Zur galvanokaustischen Behandlung der (Nitze) 520.
—, Kastration bei (Czerny) 541; — (Borelius) 541; — (Charlton) 542; — (Kelsey) 542; — (Meyer) 542; — (Bryson) 649; — (Chetwood) 649.
— Wert der Resektion der Samenleiter bei (Carlier) 174.
—, Die subcutane Durchtrennung des Vas deferens zur Behandlung der (Lauenstein) 540; — (Dumstrey) 540; — (Zuckerkandl) 541; — (Pavone u. Frassi) 541; — (Helferich) 541; — (Loumeau) 541.
—, Vasektomie in einem und Kastration in einem andern Falle von (Chetwood) 649.
Prostatakrebs, Sehr schwere Erstickungsanfälle bei (Dubuc) 542.
—, Osteoplastischer; zugleich Beitrag zur Genese der perniciösen Anämie (Braun) 543.
Prostatatuberkulose, Diagnose und Therapie der (Conitzer) 324.
Prostatiker, Zur leichteren Ertragung des Verweilkatheters der (Guépin) 540.
Prostatismus, Radikale Behandlung des (Macias) 161.
— und Blennorrhoe (Eraud) 173.
— vesicalis (Pasteau) 527.
Prostatitis und Harnröhrenstriktur durch Radfahren mit schlecht passendem Sattel (Townsend) 538.
—, Vesiculitis und Deferentitis pelvica bei der Urethritis blennorrhagica (Colombini) 225.
Prostituierte, Sterblichkeit und Häufigkeit hereditärer Syphilis bei Kindern der (Werner) 183. 244.
Prostitution, die venerischen Krankheiten und der Jahrmarkt in Nishnij-Nowgorod (Sarubin) 658.

Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart und die praktische Bedeutung des Gonococcus (Hammer) 447.
Prothese für den Hoden nach Kastration (Carlier) 174; — (Loumeau) 491.
Prüfungsordnung für Mediziner, Die neue (Hasse) 340.
Prurigo Hebra (Crocker) 378; — (White) 645.
—, Zur Histopathologie der (Bonfigli) 645.
— und Mykosis (Hallopeau u. Bureau) 307.
Pruritus (Wannemaeker) 661.
— Pathologie und Behandlung des P. mit grofsen Dosen von Chlorcalcium (Savill) 308.
— vulvae, Zur Behandlung des (Ruge) 661.
Pseudoalopecie, Bandförmige (Hallopeau und Bureau) 307.
Psoriasisbehandlung mit Schilddrüsensubstanz (Cova) 227.
Pseudofurunkulosis 45.
Pseudohermaphroditismus (Pozzi) 127.
— externus femininus bei einem Neugeborenen (Wargafthis) 127.
— infolge von perineoscrotaler Hypospadie (Ortiz y Córdoba) 161.
Psoriasis 15.
—, Ätiologie und Pathogenese der (Kuznitzky) 517.
—, Ansteckungsfähigkeit der (Trapesnikow) 39.
— wahrscheinlich durch Ansteckung verursacht (Cantrell) 39.
—, Maligne Desquamationsphase der (Baruchello) 36.
— und Ekzem, Einfluſs der Nahrung und des Alkohols auf Entstehung und Verlauf (White) 441.
— linguae areata (Iwanow) 39.
—, Wirkung des oxydierten Pyrogallols auf die Haut bei (Unna) 476.
— Therapie (Kaposi) 39; — (Grünfeldt) 39.
Psoriasisbehandlung m. Kalomelinjektionen (Bertarelli) 31.
Psorospermosis follicularis vegetans 354.
Ptomaine als Ursache des Verbrennungstodes (Ajello u. Parascandolo) 533.
Purpura (Pringle) 311.
— haemorrhagica (Steer) 532.
— — mit Netzhautblutungen (Matthews) 533.
— rheumatica (Morris) 310.
Pustula maligna mit sekundärer hämorrhagischer Infektion, verursacht durch einen spezifischen Bacillus (Babes und Pop) 49.
Pyrogallol während der Oxydation, Wirkung auf die gesunde und kranke Haut (Unna) 476.
Pyrogallolum oxydatum 476.
Pyelitis, Blennorrhoische (Pollitz) 635.
— Pseudomembranöse (Rovsing) 635.

Quecksilberausscheidung durch den Schweifs (Mironowicz) 103.
— durch den Harn bei interner Einführung (Kudysch) 106.
Quecksilbereinführung s. Methode.
Quecksilberexanthem, Schweres (Issersohn) 532.
Quecksilberinjektionen bei Syphilis, Intravenöse (Abadie) 624.
Quecksilberpräparate, Lungenembolien bei Injektion unlöslicher (Möller) 317.
— Intensive Stomatitis nach Injektionen unlöslicher (Renault) 376.
Quecksilbersalben, Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Q. in die Haut (Müller) 579.
Quecksilbersalicylat, Behandlung der Syphilis durch intramuskuläre Injektionen von (Hallopeau und (Bureau) 215.
Quecksilber-Sublimatlösungen, Verminderung ihrer antiseptischen Wirksamkeit durch Einlegen organischer Stoffe (v. Zeynek) 480.
Quecksilbervergiftung, Seltene Formen der (Bossard) 519.

Raynaudsche Krankheit (Marsh) 529; — (Walsh) 627.
— — und Sklerodaktylie (Fuchs) 529.
— —, Cerebrale Komplikationen der (Osler) 529.
Reaktion des blennorrhoischen Eiters der Harnröhrenschleimhaut (Colombini) 336.
Receptformeln, Einige neue (Skinner) 573.
Rectalblennorrhoe (Murray) 547.
— der Frauen (Baer) 547.
Recurrens-Epidemie 1894 zu Moskau (Loeventhal) 521.
Reducierende Heilmittel, Neue Thatsachen über (Unna) 475.
Reinfektion, Syphilitische (Andriani) 394.
Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen der Einwirkung desselben auf die gesunde Haut (Kellogg) 233.
Resorption, Experimentelle Beiträge zur Lehre von der (Ruzicka) 332.
— des Methylsalicylats durch die Haut (Ceconi und Nalin) 332.
Rheumarthritis blennorrhoica bei einem neugeborenen Kinde (Tyrrel) 547.
Rheumatoiderkrankungen (Gerhardt) 333.
Rhinophyma (Dohi) 316.
Rhinosklerom (Freudenthal) 50.

Ringelhaare (Galloway) 376.
Röntgenstrahlen in der Chirurgie (Beck) 161.
— und reflektiertes Sonnenlicht (Bowles) 335.
Rosacea, [Pachydermatosis] Knotenlepra gleichend, mit Thyroidextrakt geheilt, Hypertrophische (Dyer) 442.
Roseola syphilitica, Recidivierende (Fournier) 222. 393.

Salbengrundlage, Die Michlesche (Vulpius) 578.
Samenbläschen, Physiologie der (Rehfisch) 488.
— und Prostata, Krankheiten der (Picard) 123.
Samenkörper, Entstehung der (v. Bardeleben) 489.
Samenleiter, Wert der Resektion der S. bei Prostatahypertrophie (Carlier) 174.
Sarcoma, Schimmelpilze bei Syphilis, Carcinom und (Kremer) 334.
— der Haut. Lymphsarkom (Malherbe) 637.
— und endotheliale Hautwarzen (Bauer) 56.
— und Mykosis fungoides (Bowen) 441.
— idiopathicum pigmentosum (haemorrhagicum) multiplex cutis [Kaposi] (Tinzew) 312.
Savonal 320.
Scarlatina, Chirurgische 627.
Scarlatinaartiger Ausschlag im Anschluſs an Karbunkel (Procter) 627.
Schanker, Harter s. Initialsklerose.
—, Weicher s. Ulcus molle.
Schilddrüse s. Thyreoidea.
Schimmelpilze, Pathogene: Mannigfaltigkeit ihrer Wachstumsformen [„kultureller" Pleomorphismus] (Waelsch) 110.
— bei Syphilis, Carcinom und Sarkom (Kremer) 334.
Schlaf und Hautkrankheiten (Bulkley) 333.
Schleimhautlupus (Audry) 522.
Schleimhautaffektion der Lippen und der Mundhöhle, Eigentümliche (Fordyce) 328.
Schutzpockenimpfung s. Vaccination.
Schweiſsfuſsbehandlung (Adler) 662.
Schweiſsreaktion (Arloing) 656.
Schwiele 13.
Seborrhoische Dermatitis (Pringle) 438.
Sectio alta, Hinzufügung eines ein- oder zweiseitigen queren Schnittes zur medianen (Audry) 488.
Sekundärinfektionen bei der Tuberkulose der Harnorgane (Albarran) 524.
Septikämie bei einem Neugeborenen mit Sklerodermie (Comba) 61.
Septikämie behandelt mit Antistreptokokkenserum, Akute hämorrhagische (Ballance und Abbot) 532.
Serum von Maragliano bei Behandlung der Hauttuberkulose (Fileti und Menss) 644.
Serumtherapie der Harninfektion (Albarran und Mosny) 32.
— bei griechischer Lepra (Carrasquilla) 161.
— des Erysipels (Rijo und Calvo) 161.
— nach Prof. Maragliano in der Dermatotherapie, Antituberkulöse (Tommasoli) 226.
Silberwundbehandlung (Credé) 580.
Sklerema neonatorum, Akute Leberatrophie bei (Aufrecht) 61.
Sklerodaktylie, Über (Schubiger) 397.
— und Raynaudsche Krankheit (Fuchs) 529.
Sklerodermie (Weber) 61; — (Pringle) 311; — (West) 378; — (Kracht) 565.
—, Pathologische Anatomie derselben (Lindström) 108.
— en plaques (Darier und Gaston) 623.
— Septikämie bei einem Neugeborenen mit (Comba) 61.
— und ihre Beziehung zum Trophismus der Haut (Montesano) 60.
Skrofuloderma und Lupus (Payne) 438.
Spermatorrhoe, mit dem Psychrophor behandelt (Le Clerc) 491.
Spaltpilzeinschlüsse in den Zellen bei Eiterungsprozessen des Menschen nebst experimentellen Beiträgen zur Kenntnis und diagnostischen Bedeutung solcher Befunde (v. Hibler) 659.
Spindelzellensarkom (Plonski) 623.
Staphylokokkämie infolge von Furunkulose (Gangitano) 44.
Stein in der Urethra eines Mädchens (Michailow) 439.
Sterblichkeit und Häufigkeit hereditärer Syphilis bei Kindern der Prostituierten (Werner) 183. 244.
Stomatitis in Wilna 1895, Epidemische (Stembo) 44.
— nach Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze, Intensive (Renault) 376.
Streifen-Naevus, Kongenitaler warziger (Pringle) 311.
Streptokokkenimpetigo, Hypertrophische Narben nach (Balzer und Griffon) 470.
Striktur, Partielle Harnröhrenresektion wegen (Bakó) 97.
— der Harnröhre, Angeborene (Guibé) 396; — (Allen) 396.
— des Harnröhreneinganges, Pathologische und klinische Wichtigkeit der (Barrucco) 395.
— durch Radfahren mit schlechtem Sattel (Townsend) 538.

Striktur, Resektion der Urethra mit plastischer Operation bei impermeabler (Cappelen) 481.
Strikturen der Urethra des Weibes (Kleinwächter) 480.
—, Elektrolyse bei der Behandlung der (d'Haenens) 481.
Strychnin-Ausschlag (Dulberg) 531.
Sublimat bei Ulcus venereum (Giovannini) 527.
Sykosis (Morris) 438.
— coccogenes, Behandlung der (Frèche) 44.
Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum (Bergh) 74.
Syphilidologenkongreſs in St. Petersburg (Speranski) 566.
Syphilis (Fournier) 471.
— crephotrophica 393.
— hereditaria 393.
— pandemica 393.
— sporadica 393.
—, Infantile (Coutts) 393.
— insontium (Lenz) 393.
— maligna (Nicolsky) 102; — (Haslund) 392. 516; — (Neisser) 572.
— — praecox (Dietz) 523.
— secundaria tardiva (Fournier) 375.
— tarda (Schreiber) 26.
— im Mittelalter, Angebliche (Vierordt) 447.
— und venerische Krankheiten in der Armee des Kiewschen Militärbezirks 1889—93 (Borowsky) 108.
— Verbreitung im Gouvernement Novgorod (Herzenstein) 388.
— Verbreitung im Nicolajewschen Kreise (Nikitin) 389.
— Verbreitung und ambulatorische Behandlung in den dem Krankenhause am nächsten gelegenen Dörfern des Tschernogrjasschen Kreises (Skatkin) 388.
—, Kampf mit der (Nicolsky) 103.
—, Untersuchung der Wehrpflichtigen als Mittel im Kampf gegen die (Herzenstein) 275.
—, Fliegende Abteilungen im Kampf mit der (Herzenstein) 275.
—, Bemerkungen zum Kampfe gegen die (Stroehmberg) 388.
—, Contagium der (van Niessen) 389.
—, Dauer der Kontagiosität der (Lassar) 319; — (Feulard) 224. 390.
— Seltene Übertragungsart (Coffin) 523.
— und venerische Krankheiten. Nomenklatur der (Pawlow) 274.
—, Blutveränderungen durch (Justus) 572.
—, Klinische Formen der konzeptionellen (d'Aulnay) 394.
—, Postkonzeptionelle (Post) 314.
—, Einige weniger gewöhnliche Formen (McCall Anderson) 392.
Syphilis mit stark vertieften Narben (Pringle) 272.
—, Multiple Gummen im Frühstadium der (Fabry) 516.
—, Multiple subcutane Gummen im Frühstadium der (Herxheimer) 317.
—, Laryngeale und tracheale (Östreicher) 372.
—, Affektionen des Rachens bei (Petersen) 105.
—, Nierenaffektionen bei (Welander) 113. 315.
— und Aneurysma (Etienne) 636.
— und Intermittens, Tachycardie bei (Soto) 523.
— und Yaws nicht identische Krankheiten (Daniels) 34.
—, Tertiäre. Ulceriertes Gumma des Ohres (Hermet) 214.
—, Tertiäre. Gummata von dreijähriger Dauer (Rénon) 215.
— der Zunge, Tertiäre (Bruhns) 368.
—, Prognose der (Fournier) 391.
—, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der (Lang) 231.
— hereditaria tarda (Levy-Dorn) 96.
— congenita tarda, Kasuistik zur (Donner) 277.
—, Zur Kasuistik der Spätform der hereditären (Alexejew) 440.
— bei Kindern der Prostituierten, Sterblichkeit und Häufigkeit hereditärer (Werner) 183. 244.
— pustulosa bei einem hereditär-syphilitischen Kinde (Barbe) 523.
— Acquirierte, bei einem hereditär Syphilitischen (Le Pileur) 215.
Syphilisbehandlung nach den gegenwärtig üblichen Methoden (Grimm) 275.
— Abortivkur nach der Methode von Baccelli (Tommasoli) 226.
— mittelst Blutserum (Tarnowsky) 100.
— mit Kalomeleinspritzungen (Soffiantini) 522.
—, Intravenöse Quecksilberinjektionen bei (Abadie) 624.
— durch intramuskuläre Injektionen von Quecksilbersalicylat (Hallopeau und Bureau) 215.
Syphilisinfektion, Extragenitale (Bloch) 634.
Syphilitiker, Jodkaliumwirkung auf das Blut der (Colombini u. Gerelli) 644.
— Unter welchen Bedingungen dürfen S. heiraten? (Lesser) 391.
—, Wirkung von Pferdeserum bei subcutanen Injektionen auf die Zusammensetzung des Blutes der (Lurje) 101.
—, Studium der Knochenfrakturen bei (Tavernier) 522.
Syphilitische Alopecie (Isaac) 621; — (Rosenthal) 621.

Syphilitische Arthropathie (Darier) 29.
— Augenstörungen, Heredo- (Fournier und Janvieran) 214; — (Fournier) 215.
— Ausschlag, Ungewöhnlicher (Morris) 310.
— Ekthyma (Dietz) 523.
— Epididymitis, Tertiäre (Durand) 643.
— Erkrankungen des Gehirns (Oppenheim) 276.
— Ikterus (Löwenstein) 368.
— Krankheiten, Jodolpflaster bei (Majocchi) 460.
— Neurasthenie (Bogdan) 524.
—, Phagedaena des Penis bei einem tertiär- (Hutchinson jun.) 309.
— Reinfektion, Über (Andriani) 394.
— Roseola, Recidivierende (Fournier) 222. 393.
— Veränderungen bei Tabes dorsalis (Kalischer) 621.
Syringomyelie und Lepra, Die Morvansche Krankheit, ihr Verhältnis zur (Prus) 61.

Tabes dorsalis, Syphilitische Veränderungen bei (Kalischer) 621.
Tachycardie bei Syphilis und Intermittens (Soto) 523.
Talgdrüsentumoren, Multiple (Rafin) 52.
Telangiektasie, Ausgebreitete (Levi und Lenoble) 59.
Telangiektasien in multiplen Plaques (Brocq) 304.
Thiol und Ichthyol (Muren) 480.
Thyreoidea, Wirksame Substanz in der (Hutchinson) 480.
Thyreoidpräparate bei der Behandlung der Hautkrankheiten (Zarubin) 319.
Tinea favosa der Epidermis, Interessanter Fall von (Wende) 36.
— versicolor und Lichen planus (Abraham) 626.
Trichorrhexis nodosa (Barlow) 64.
— —, Zur Ätiologie der (Bruhns) 380.
Trichophytia (Sykosis parasitaria Bazin), Ätiologie und Histologie (Ullmann) 43.
—, Neues Raspatorium zur Behandlung der (Colombini) 41.
— Alopecia areata vortäuschend (Dubreuilh und Frêche) 34.
Trichophyton atractophoron 289.
Trichophytonarten der Provinz Parma (Pelagatti) 528.
Trichophytonpilze, Züchtung und Pluralität der (Unna) 289.
Tuberkel, Diagnostischer Wert des miliaren (Herxheimer) 317.
Tuberkulide 305.
— (Darier) 213.
—, Ein Fall von (Brocq) 306.
—, Ein Fall von akneartigen und nekrotischen (Hallopeau und Bureau) 305.
Tuberkulin Koch, Das neue 664.
Tuberkulosis, Folliklis und ihre eventuellen Beziehungen zur (Hallopeau und Bureau) 30.
— der Blase, Symptome und Behandlung mit dem Cystoskop (Reynolds) 487.
— —, Exstirpation der Blasenschleimhaut wegen (Delagnière) 488.
— der Harn- und Geschlechtsorgane, Primäre (Watson) 126.
— des Harntraktus, Die frühe und exakte Diagnose der (Casper) 126.
— der Harnorgane, Sekundärinfektionen bei der (Albarran) 524.
— des uropoetischen Systems, Frühdiagnose der descendierenden (Meyer) 590.
— der Prostata, Diagnose und Therapie der (Conitzer) 325.
— nach ausgebreiteten nicht tuberkulösen Dermatosen, Allgemeine (Audry) 643.
— s. auch Miliartuberkel.
Tuberkulöse Drüsen am Halse, Behandlung der (Crawford) 307.
— Orchitis, erfolgreich mit dem galvanischen Strom behandelt (Halsted) 492.
—, Netzartige Pigmentation des Halses vom Aussehen einer Pigmentsyphilis bei einem kachektischen (Thibierge) 374.
Türkisches Wasser, ein Haarfärbemittel (Landerer) 578.
Tumoren der Haut, Multiple (Klotz) 628.
Typhusexanthem, Varietäten des (Singer) 281.

Überosmiumsäurereduktion durch das Pigment der menschlichen Haut (Barlow) 656.
Ulcera contagiosa in der Harnröhre [Harnröhrenschanker] (Schönfeld) 46.
— mollia, Extragenitale (Krefting) 46.
—, Phlebitische nicht variköse (Gaston) 375.
Ulceration, Artificielle, an einem Arme (Hutchinson jun.) 376.
—, Symmetrische Morphoea begleitet von Blasenbildung und ausgedehnter (Morrow) 329.
— des Penis, Ausgedehnte (Du Castel, Fournier und Darier) 27.
—, Tiefe (Gaston und Emery) 214.
— unbekannter Natur (Lainé) 471.
Ulcus cruris (Eldén) 59.
— durum auf beiden Mandeln (Jullien und Sibret) 638.
— mit Perforation des Präputiums (Durand) 643.
— molle, Bakteriologische Diagnose des (Colombini) 45.

Ulcus molle, Günstige Einwirkung von Jodkalium auf (Lanz) 47.
— — in der Harnröhre, Zur Kasuistik des (Goldenberg) 46.
— — am Kopfe (Fournier) 46.
— — -Bacillus, Virulente Bubonen und der (Krefting) 633.
— venereum, Sublimat bei (Giovannini) 527.
Ulerythema acneiforme 359.
— centrifugum (Havas) 97; — (Morris) 272; — (Du Castel) 305; — (Pringle) 311.
— — acutum (Koch) 111; — (Morris) 272.
— — des Gesichts (Immerwahr) 160; — (Crocker) 378.
— — der Kopfhaut und des Gesichts (Crocker) 378.
— —, Neue Behandlungsweise des (Schütz) 382.
— —, das sich in Lupus vulgaris umgewandelt hat (Jackson) 630.
— —, Eigentümliche Phase des (Fox) 309.
— ophryogenes 359.
Unterlippe, Krebsartige Affektion der (Petersen) 274.
Ureter, Ein verirrter (Maxson) 590.
—, Hydronephrose infolge von Verengerung des (Legueu) 328.
Ureteren, Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der (Casper) 123.
Ureterenimplantation in die Flexura romana bei Ectopia vesicae (Maydl) 590.
Ureterenkatheter, Neue Modifikation des (Nitze) 324.
Urethra, Chloroform bei Operationen in der (Guyon) 31.
—, Fremdkörper in der (Tousey) 482; — (Gibert) 482; — (Goldberg) 520.
— und Blase, Fremdkörper in der (Loison) 483.
— —, Anatomie und Physiologie der (Finger) 128.
— —, Ausspülung derselben ohne Katheter (Marx) 177.
—, Glaskanüle zur Spülung der (Tuffier) 176.
—, Resektion der U. bei impermeabler Striktur (Cappelen) 481.
—, Ruptur der U. während des Coitus (Ganz) 482.
— — bei einem Radfahrer (Moniot) 482
— — behandelt durch sofortige Naht und Drainage der Blase (Weir) 482.
— —, behandelt durch Urethrotomia externa und Naht (Cabot) 220.
—, Angeborene Verengerung der (Guibé) 396.
—, Angeborener Verschluſs der (Allen) 216. 396.
— und Prostata, Diagnostischer Wert des lokalen Temperaturnachweises bei Affektionen der (Barrucco) 175.
Urethra, Ulcus molle in der (Goldenberg) 46.
— und Blase bei der Frau, Polypen der (Reboul) 169.
— eines Mädchens, Stein in der (Michailow) 439.
— des Weibes, Strikturen der (Kleinwächter) 480.
Urethrale Resektion mit gutem Resultate (Fuller) 221.
— —, Partielle, wegen Striktur (Bakó) 97.
Urethraler Schanker (Schönfeld) 46.
— — mit ungewöhnlichen Symptomen (Tuttle) 315.
Urethralfilamente, Über ihre bakteriologischen Untersuchungen bei der Urethritis chronica männlichen Geschlechts (Tano) 117.
Urethralschleimhaut, Über intraepitheliale Drüsen der (Klein und Groschuff) 175.
—, Die Reaktion der (Colombini) 336.
Urethralstein (Rörig) 483.
Urethralstrikturen vermittelst der kontinuierlichen elastischen Dilatation behandelt (Wilding) 161.
—, Elektrolyse nach Fort, verglichen mit anderen Behandlungsmethoden der permeablen (Manganotti) 644.
Urethritis, verursacht durch Infektion mit Bacterium commune coli (Josipovice) 324.
— infolge von Masturbation (Faitout) 178.
— chronica männlichen Geschlechts, Über die bakteriologischen Untersuchungen der Urethralfilamente bei der (Tans) 117.
—, Eitrige: Chirurgisches Eingreifen im Verlaufe derselben (Vigneron) 173.
Urethrocele bei der Frau (Bock) 177; — (Routier) 178.
Urethroskop, Eine Modifikation desselben (Dowd) 646.
Urologische Demonstrationen (Mankiewitz) 24.
Urometer, Einfaches (Cavazzani) 582.
— Neues und seine Anwendung zur Bestimmung des Traubenzuckers im Harn (Lohnstein) 590.
Urticaria (Lemoenier) 470.
— haemorrhagica (Tannhauser) 436.
— papulosa (Fox) 219.
— pigmentosa (Plonski) 24; — (Thibierge) 29; — (Lesser) 158.
— mit Pigmentbildung (Róna) 369.

Vaccination, Allgemeine Erkrankungen nach der (Voigt) 285.
— auf einem Arme oder auf beiden Armen (Jäger) 286.

Vaccination vor der württembergischen Abgeordnetenkammer und die Erfolge der Aufhebung des Impfzwanges in der Schweiz 286.
— mit sterilen Instrumenten von Witte 286.
—, Phlegmonöse Entzündung u. Eiterung im Anschluss an die (Schaefer) 37.
Vaccinationsanstalt, Mitteilungen aus der Kopenhagener (Bondesen) 286.
Vaccine-Erzeugung, Aufbewahrung und Anwendung (Martin) 287.
Vaccinia generalisata, Ein Kind mit (Abraham) 270.
Varicellen, Inkubationsperiode der (Goodall und Washbourn) 309.
—, Zur Kasuistik der Sekundärinfektion bei (Steiner) 282.
—, Zwei Todesfälle bei (Löhr) 282.
—, Einfache Wassersucht nach (v. Starck) 521.
Varicen der unteren Extremitäten (Manley) 161.
Variola bullosa (Palm) 161.
Variola, Über (Wassermann) 282.
— Epidemie in Bern (Fueter) 283.
— Epidemie in Marseille (Bourneville) 281.
—, Zur Kontagiosität sfrage der (v. Arx) 283.
— Sterblichkeit in Bayern in den Jahren 1857—1892 (Boehm) 283.
—, Das spezifische Infektionsagens der; Erzeugung künstlicher Immunität (Sternberg) 284.
—, Bedeutung der Krankenpflege bei 284.
Vasektomie bei Prostatahypertrophie (Chetwood) 649.
Vasogenpräparate, Wert der (Goliner) 582.
—, Harnuntersuchungen nach Einreibung medikamentöser (Monheim) 582.
Venerische Erkrankungen und Prostitution in Stuttgart (Hammer) 447.
Venerisches Geschwür auf dem Cervix uteri; sogen. diphtheroide Form desselben (Rasch) 632.
Verbrennungen, Behandlung der (Brown) 534.
—, — mit gereinigtem Lanolin, Oberflächliche (Rouanet) 643.
—, — mit Pikrinsäure (Syla-Novitzky) 440; — (D'Arcy Power) 534.
—, Perforierte Darmgeschwüre nach (Tobiesen) 534.
Verbrennungstod, Ptomaine Ursache desselben (Ajello und Parascandolo) 533.
Verdauungsstörungen bei Affektionen der Harnorgane (Swisser) 125.
Verhornung (Benda) 435; — (Rabl) 654.
Verhornung, Wesen der normalen und pathologischen (Unna) 1.
— Studien über normale V. mit Hülfe der Gramschen Methode (Ernst) 655.
Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte in Braunschweig 448.
Vesiculitis, Deferentitis pelvica und Prostatitis bei Blennorrhoe, Frequenz der (Colombini) 225.
Vitiligo (Ohmann-Dumesnil) 64.
—, Trophismus der Haut bei (Montesano) 60.
Vulvovaginitis bei Kindern und die Ophthalmoblennorrhoe, Infektiöse (Sheffield) 547.

Warzen, Harte 19.
Warzenartige Excrescenzen am Präputium (Renault) 623.
Warzenbildung, Angeborene sog. neuropathische (Spiegelberg) 55.
Wechselbeziehungen der Krankheiten der Harnwege zu denen anderer Organe und des Gesamtorganismus (Kornfeld) 125.
Wegweiser zur Einführung einer filiformen Bougie (Rochelle) 648.

Xanthoma diabeticorum, Ein Fall von (Robinson) 442.
— — und Pentosurie (Colombini) 129.
Xerodermia pigmentosa (Abraham) 270; — (Crocker) 377.
— Kongenitale oder chronisches recidivierendes Ekzem (Pye-Smith) 271.

Yaws und Syphilis, nicht identische Krankheiten (Daniels) 34.
— in Indien (Powell) 325.

Zoster, Natur des (Paggi) 536.
— nach Arsengebrauch (Coffin) 225.
— gangraenosus (Pospelow) 566.
— Behandlung (Ohmann-Dumesnil) 536.
Zunge, Beitrag zur Lehre von der schwarzen (Schmiegelow) 41.
Zungenaffektionen, Diagnostik der (Schreiber) 437.
Zungensyphilis, Tertiäre, Glossitis sclerosa (Bruhns) 368.
Zweiarmimpfung oder Einarmimpfung (Jäger) 286.
Zwischenzellen des Hodens und deren Bedeutung bei pathologischen Veränderungen (Hansemann) 489.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abadie, Intravenöse Injektionen löslicher Quecksilbersalze bei der Behandlung der Syphilis 624.
Abbott und Ballance, Akute hämorrhagische Septikämie, behandelt mit Antistreptokokkenserum 532.
Abraham, Ph., Xerodermia pigmentosa 270.
— Kind mit generalisierter Vaccinia 270.
— Kind mit Lichen planus 270.
— Myiasis der Haut 626.
— Tinea versicolor und Lichen planus 626.
— Alopecia areata 626.
— Epitheliom 626.
— Lichen scrofulosorum 627.
Abrahams, Fall von Myxödem 217.
Achard 566.
Ackel 106.
Acosta 161.
Addison 28. 374. 408.
Adelon 80.
Adler, Richard, Zur Behandlung des Schweifsfufses 662.
Afanassjeff, Nicolaus, Über die Bedeutung des Granulationsgewebes bei der Infektion mit pathogenen Mikroorganismen 331.
Ahman, C. G. und Jundell, Über die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser 381.
Ajello und Parascandolo, Die Ptomaine als Ursache des Verbrennungstodes 533.
Aievoli 613. 617.
Alapy, Zur Frage der Kathetersterilisation 118. 324.
— 98. 569. 635.
Albarran, Struktur und Entwickelung der Adenome und Epitheliome der Niere 640.
Albarran, Die Sekundärinfektion bei der Tuberkulose der Harnorgane 524.
— und Mosny, Serotherapie der Harninfektion 32.
— 640.
Alessandro, Elephantiasis des Beines mit Papillombildung am Fufse infolge von Erysipel 49.
Alexejew, N. N., Zur Kasuistik der Spätform der hereditären Syphilis 440.
Allbutt 151.
Allen, Ch. W., Fall von kongenitaler Occlusion der Urethra 216.
— Angeborener Verschlufs der Harnröhre. Bericht über eine Operation 396.
— Über einige Dermatosen in Anwesenheit einer Glykosurie 442.
— Fall von Impetigo contagiosa universalis 443.
— Fall von eigentümlicher Affektion der Lippen 627.
— Initialsklerose am oberen Augenlide 628.
— Initialsklerose der Wange 628.
— Fall von multiplem Epithelioma 630.
— 631.
Ancitrano, Recidivierendes Erythema scarlatiniforme desquamativum 41.
Andeer 233.
Anderson, Mc Call, Einiger weniger gewöhnliche Formen syphilitischer Erkrankung 392.
Andriani, P., Über syphilitische Reinfektion 394.
D'Anna 615. 616.
Anton, J., 203.
Appel, J., Referate 39. 52. 287. 339. 396. 482. 488. 492. 542.
Archangeli 413.
Arloing, Die Reaktion des menschlichen Schweifses 656.

Arnheim, Alfred, Zur Kasuistik der Lepra 519.
Arnold 615.
v. Arx, M., Zur Kontagiosität der Variola 283.
Aschner, A., Referate 38. 40. 42. 53. 99. 339. 481. 487. 570.
— 570.
*Audry, Ch., Über die Bedeutung des Lupus der Schleimhäute 212.
— Extraperitoneale Zerreißung der Blase 485.
— Über die Hinzufügung eines einseitigen oder zweiseitigen queren Schnittes zur medianen Sectio alta 488.
— Über die Bedeutung des Schleimhautlupus 522.
— Über die klinische Wichtigkeit des „Chancre mixte" 524.
— Über allgemeine Tuberkulose nach ausgebreiteten nicht tuberkulösen Dermatosen 643.
— 350.
Auerbach, Ikterus-Epidemie 662.
Aufrecht, Akute Leberatrophie bei Sclerema neonatorum 61.
d'Aulney, R., Klinische Formen der konzeptionellen Syphilis 394.
Auspitz 346. 415. 416. 417. 418. 419. 421. 422. 423. 432.

Babacci 577.
Babes und Pop, Über Pustula maligna mit sekundärer hämorrhagischer Infektion, verursacht durch einen spezifischen Bacillus 49.
— 42. 409. 571.
Baccelli 226.
Badnel, Fall von akuter Nephritis infolge eines allgemeinen impetiginösen Ekzems 38.
Bäcker 544.
Baelz 329.
Baer, Über die Rektalblennorrhoe der Frauen 547.
Baginsky 548.
Bakó, S., Chronische Cystitis mit konsekutiver excentrischer Hypertrophie und Insufficienz der Harnblase 96.
— Demonstration von Metallsonden 98.
— Partielle Harnröhrenresektion wegen einer infolge von Blennorrhoe entstandenen Striktur 97.
— 97. 99.
Ball 398. 400. 402.
Ballance und Abbott, Akute hämorrhagische Septikämie, behandelt mit Antistreptokokkenserum 532.
Ballantyne 77. 78. 120.
Ballowitz 553.
Balzer und Griffon, Entzündung und Pigmentation der oberflächlichen Gefäßnetze der Cutis. Retikuläres pigmentiertes Erythem 374.
— und Griffon, Hypertrophische Narben nach Streptokokkenimpetigo 470.
Banti 617.
Barbary, Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii 224.
Barbe, Syphilis pustulosa bei einem hereditär-syphilitischen Kinde 523.
— 145. 151. 153.
Barbulée und Lefleive, Ein Messingring 12 Jahre im Penis eingeschlossen 483.
v. Bardeleben, Karl, Die Entstehung der Samenkörper 489.
Barduzzi 134.
Bargum, O. L., Der Befund des Rückenmarks und peripherer Nerven bei einem Fall von Pemphigus foliaceus 42.
Barker 120.
Barlow, Richard, Trichorrhexis nodosa 64.
— Mitteilungen über Reduktion der Überosmiumsäure durch das Pigment der menschlichen Haut 656.
— 381. 394.
Barrucco, N., Über den diagnostischen Wert des lokalen Temperaturnachweises bei Affektionen der Urethra und Prostata 175.
— Kühlsonden bei verschiedenen Affektionen der Urethra, der Prostata und des Rektums 176.
— Elektromagnetische Behandlung der nervösen Affektionen des Geschlechtsapparates, speziell bei der Neurasthenie 177.
— Die Ästhesiometrie bei der Untersuchung des peripheren Nervensystems und bei der Diagnose einiger Dermatosen 334.
— Pathologische und klinische Wichtigkeit der Verengerung des Harnröhreneinganges. Anzeigen zu dessen Durchtrennung und neue Operationsinstrumente 395.
Barth 233.
Barthélemy, Über die Aknitis 373.
— 139. 141. 145. 146. 147. 149. 307. 374. 390.
Bartholin, C., 79.
Baruchello, Die maligne Desquamationsphase der Psoriasis 36.
Basch 98. 567.
Basedow 403.
Bashenow 102.
Bauer, Carl, Über endotheliale Hautwarzen und ihre Beziehungen zum Sarkom 56.
Bauhin 127.

Baumann 480. 634.
v. Baumgarten, P. und Roloff, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen 124.
— 598.
Baumgarten, S., Die Entfernung einer während der chirurgischen Behandlung in der Harnblase zurückgebliebenen Bougie conductrice durch ein Instrument neuer Konstruktion 484.
Baumüller 587.
Bazin 43. 87. 94. 392.
Bebi 577.
Bechterew 109.
*Beck, Cornelius, Über die histologischen Veränderungen der Haut bei Myxödem 597.
— Beitrag zur Kenntnis der elastischen Fasern und ihres Verhältnisses zu den Lymphgefäfsen der Haut 517.
— Beiträge zur Kenntnis des Epithelioma contagiosum 116.
Beck, E., Über den Wert der Röntgenstrahlen in der Chirurgie 161.
Beck, Gustav, 27.
Beer 403. 413.
Begbie 586.
Behn 2. 65. 68.
Behr, Ein schwerer Fall von Hysterie 662.
Behrend 27. 253. 370. 620.
Belleberg 106.
Bellini, Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe des Weibes 225.
Benda, C., Verhornung 435.
— 455.
Beneke 449. 450. 453. 454. 458.
Benicqué 24.
Berger, Heinrich, Die Hygiene in den Barbierstuben 472.
— 108. 623.
*Bergh, R., Symbolae ad cognitionem genitalium externorum femineorum 74.
— 77. 79. 85.
Bergmann 106.
Berliner, Carl, Referate 35. 38. 117. 216. 220. 222. 271. 273. 288. 309. 311. 315. 319. 324. 325. 331. 378. 382. 393. 394. 438. 442. 448. 479. 480. 494. 518. 520. 528. 529. 531. 532. 533. 534. 535. 581. 627. 631. 634. 651. 662.
— 87.
Berliner, Aus Dr. Ledermanns Poliklinik für Hautkrankheiten 288.
Bernard, Claude 643.
Bernegau, E., Über die Verwendung von präserviertem Eigelb zur Herstellung von Salbenkörpern 577.
Bertarelli, Psoriasisbehandlung mit Kalomelinjektionen 31.
Berthe 656.
Bertillon 196.
Besnier 29. 139. 145. 152. 153. 206. 210. 214. 346. 356. 361. 362. 363. 402. 407. 435. 471. 521. 524. 565. 571.
Beyer, J. L., Die Behandlung frischer Finger- und Handverletzungen 595.
Bidder 86.
Biedert 199.
Binaghi, Über das Vorkommen von Blastomyceten in den Epitheliomen und ihre parasitäre Bedeutung 51.
Binaud und Chavannaz, Medullarkrebs bei einem Manne von 59 Jahren, der an Ektopie eines Hodens litt 490.
Binz, Über Nosophen 279.
— und Zuntz, Über Wirkungen und Verhalten des Nosophens im Tierkörper 279.
Biondi 558.
Blaschko, A., Die Lepra im Kreise Memel 321.
— Zur Leprafrage 383.
— Lichen ruber planus 621.
— 64. 318. 432. 450. 453. 472. 622. 654.
Bloch, F., Über extragenitale Syphilisinfektion 634.
Bock, Ein Fall von Urethrocele bei der Frau 177.
Bockhart 228.
Boden, Ein Fall von Spontanheilung einer Blasen-Scheidenfistel, nebst Zusammenstellung von 235 spontan geheilten Harn-Genital-Darmfisteln des Weibes 591.
Boeck, C., 46. 87. 88. 210. 356. 363.
Boehm, Friedrich, Die Pockensterblichkeit in Bayern 1857/58—1892 283.
Böhm 74.
Böttcher 538.
Böttger 130.
Bogdan, Georges, Ein Fall von Neurasthenia syphilitica 524.
Bogdanow 312.
Bohl, Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Formaldehyd-Casein 479.
Boisson, Über die Malariapigmente 57.
Bokenham, T. J., Bereitung des Antistreptokokken-Serums 581.
Bonaduce 100.
Bondesen, J., Mitteilungen aus der königlichen Vaccinationsanstalt (in Dänemark) 286.
Bonfigli, Zur Histopathologie der Prurigo 645.
Borelius, Zur Kastration gegen Prostatahypertrophie 541.
Borowsky, Statistik der Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten in der Armee des Kiewschen Militärbezirks von 1889 bis 1893 incl. 108.
— 101. 106.
Borrel 560.

Bosc, Warme Bäder bei den Infektionskrankheiten der Kinder 282.
Bossard, August, Über seltene Formen der Quecksilber-Vergiftung 519.
Bottini 541.
Bourneville, Anomalie der Haarfärbung 64.
— Eine Variolaepidemie in Marseille 281.
— 598.
Bowen, J. T., Mykosis fungoides und Sarkomatosis cutis 441. 648.
Bowen, J. C. 87.
Bowles, R., Röntgenstrahlen und reflektiertes Sonnenlicht 335.
Brandau 323
Brandt, H. 78.
Brantôme 83.
Brasch, Ein Fall von motorischer Aphasie im Frühstadium eines akuten Exanthems 95.
Brault, J., Das phagedänische Geschwür der Äquatorialgegend, kompliziert durch feuchte Gangrän und Hospitalbrand 637.
Braun, G. 84. 544. 546.
Braun, Ludwig, Über osteoplastisches Carcinom der Prostata, zugleich ein Beitrag zur Genese der perniciösen Anämie 543.
Brefeld 297.
Brigidi, Ein Fall von Hautsarkomatose 51.
Briquet 163.
Brissaud 566. 625.
Brocq, Fall von Telangiektasien in multiplen Plaques 304.
— Fall von sogenannten Tuberkuliden 306.
— Gutartige, cystische Epitheliome 471.
— 28. 87. 88. 114. 273. 304. 307. 346. 348. 351. 357. 359. 361. 375. 409. 412. 521. 628.
Broes van Dort 87.
Bröse, Über diffuse blennorrhoische Peritonitis 548. 594.
— 548.
Bronson, E. B., Über die lokale Behandlung der Akne 42.
— Fall zur Diagnose 217.
— 217. 219. 413. 631.
Brooke 145. 146. 149. 346. 352. 354. 357. 359. 363.
Brooks, H. T. 542.
Brown, Graham 586.
Brown, James 123.
Brown, P. A. 119. 142.
Brown, W. H., Die Behandlung der Verbrennungen 534.
Bruck, Fall zur Diagnose 434.
Bruhns, C., Zwei Fälle von tertiärer Zungensyphilis, Glossitis sclerosa 368.
—, Zur Atiologie der Trichorrhexis nodosa 380.
Bruni, Wert der Cystoskopie zur Feststellung der Frühdiagnose bei Nierentumoren 590.
Bryson, J. P., Klinische und pathologische Beobachtungen über die Wirkungen der Kastration bei Prostatahypertrophie 649.
— 221.
Buck 236.
Budin 86.
Buffon 84.
Bukovsky, Über die Therapie der Blennnorrhoe nach Janets Methode 593.
Bulkley, L. D., Der Schlaf und seine Beziehungen zu Hautkrankheiten 333.
— 120. 217. 393.
—, Jackson und Morrow, Fälle von Dermatitis herpetiformis 628.
Burdet, Über die Ruptur der Tunica vaginalis bei der Hydrocele 493.
Bureau und Hallopeau, Behandlung der Syphilis durch intramuskuläre Injektionen von Quecksilbersalicylat 215.
— — Typischer Fall von Lichen scrophulosorum 30.
— — Mykosis fungoides 30.
— — Neuer Fall von sogenannter Folliklis und ihre eventuellen Beziehungen zur Tuberkulose 30.
— — Weitere Bemerkungen über die sogen. Folliklis 215.
— — Über einen Fall von akneartigen und nekrotischen Tuberkuliden 305.
— — Zweite Bemerkung über einen Fall von akneförmigen und nekrotischen Tuberkuliden 375.
— — Über einen Fall von bandförmiger Pseudo-Alopecie 307.
— — Über einen Fall von Mykosis von besonderem Aussehen mit Prurigo 307.
Buri 87.
Burkhard 559.
Burnett, Frühzeitiger Verschluss der Ductus ejaculatori 491.
y Busdraglie, Jodoformin 279.
Busey 120.
Busse 121. 614. 617.
Buttersack 282.
Buzzi 120. 320. 321. 356.

Cabot, A. T., Fünf Fälle von Ruptur der Urethra behandelt durch Urethrotomia externa und Naht 220.
Cajal 3.
Calvo, J., und Garcia Rijo, Serotherapie des Erysipels 161.
Campana, Das Achorion Schoenleinii in Kamme und im Koller des Hahnes 645.
— Die Behandlung einiger Infektionen 661.

Campana und Degola, Die Färbungen der Haut des Chamäleons und die Farbe des sogen. primären Hautsarkoms 35.
— 264. 599. 645.
Campbell, P. 142. 262.
Cantani 587.
Cantrell, J. Abbot, Psoriasisfälle, welche wahrscheinlich durch Ansteckung verursacht waren 39.
Cappelen, A., Resektion der Urethra mit plastischer Operation bei impermeabler Striktur 481.
Carlier, Ein Prothese für den Hoden nach Kastration 174.
— Wert der Resektion der Samenleiter bei Prostatahypertrophie 174.
— 169.
Carrard 78.
Carrasquilla, Juan de, Eine neue sero-therapeutische Behandlungsmethode der griechischen Lepra 161.
Carrick, J. C., Die Blennorrhoe beim Weibe und ihre Behandlung 546.
Carstens 403.
Cartaz 151.
Caspary 369. 598. 604.
Casper, L., Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren 123.
— Die frühe und exakte Diagnostik der Tuberkulose des Harntraktus 126.
Casserii, J. 76.
Cassine, Die Behandlung der akuten Blennorrhoe des Mannes 593.
Du Castel, Fall von ausgedehnter Ulceration des Penis 27.
— Heredosyphilis 29.
— Über das Vorstadium der Mykosis fungoides 49.
— Lupus erythematosus 305.
— 27. 304.
— und Tenneson, Akanthosis nigricans 28.
Catchart 488.
Cathélineau 26.
Cavafy, Ein Fall von symmetrischer Morphoea 271.
— 597.
Cavazzani, Einfaches Urometer 582.
Cazenave 105. 359. 360.
Ceconi und Nalin, Über die Resorption des Methylsalicylats durch die Haut 332.
Cellard 83.
Cervellini, Fall von Addisonscher Krankheit mit Ausgang in Heilung 58.
Charcot 134.
Charlton, F., Ein Fall von Kastration wegen Prostatahypertrophie 542.
Charpy 83.
Charrière 79.
Charrin 161.
Chauffard 400. 413.
Chaussier 80.
Chavannaz und Binaud, Medullarkrebs bei einem Manne von 59 Jahren, der an Ektopie eines Hodens litt 490.
Cheadle 141. 142.
Cheselden 134.
Chetwood, Ch. H., Zwei Fälle von Prostatahypertrophie nach Vasektomie in dem einen und Kastration in dem anderen Falle 649.
Chevalier, Beziehungen der Harnvergiftung (Intoxikation) und der Harninfektion 326.
Childe und Surveyor, Vorläufige Mitteilung über bakteriologische Untersuchungen der Bubonenpest in Bombay 493.
Chismore, G. 221.
Christian, H. M., Die Dauer der akuten Blennorrhoe 221.
Ciaglinski 42.
Ciechanowsky, Stanislaw, Über die sogen. Hypertrophie der Vorsteherdrüse und über anatomische Grundlagen der senilen Insufficienz der Blase 538.
Claus 479.
Le Clerc, Zwei Fälle von Spermatorrhoe erfolgreich mit dem Psychrophor behandelt 491.
Coffin, Über die Dermatosen nach Arsengebrauch. Herpes zoster infolge von Arsenvergiftung 225.
— Eine seltene Übertragungsart der Syphilis 523.
Cohn, Hans 663.
Cole, Carter S. 52.
Colhoun 293.
Coliez 408.
Colin, G., Bemerkungen über die Anwendung des Höllensteins und des Verweilkatheters bei den Prostatikern 576.
Colles 394. 650.
*Colombini, P., Pentosurie und Xanthoma diabeticorum 129.
— Ein neues Raspatorium zur Behandlung der Trichophytie 41.
— Bakteriologische Diagnose des Ulcus molle 45.
— Über die Frequenz der Prostatitis, Vesikulitis und Deferentitis pelvica 225.
— Über die Reaktion des blennorrhoischen Eiters und der Harnröhrenschleimhaut und über die Beziehungen dieser Reaktion zur Lebensfähigkeit des Gonococcus 336.
— 46. 645.
— und Gerelli, Über die Wirkung des Jodkaliums auf das Blut der Syphilitiker 644.
— und Simonelli, Über die Wirkung des Jodkaliums auf die Elemente des normalen Blutes 644.
Comba, Septikämie und Sklerodermie 61.
— Septikämie, kombiniert mit Sklerem 61.

Conitzer, Beitrag zur Diagnose und Therapie der Prostatatuberkulose 325.
Copper, Astley 165.
y Córdoba, J. Ortiz, Ein neuer Fall von Pseudo-Hermaphroditismus infolge von perineoskrotaler Hypospadie 161.
Mc. Cormack, Ein Fall von Jodoformvergiftung 479.
Corselli 614. 617.
Costilhes 430.
Cotterell 394.
Couillaud, Dystrophia papillaris et pigmentaria (Akanthosis nigricans) und ihre Beziehungen zur Carcinomatose der Bauchhöhle 473.
— Hauthorn 623.
Coutts, J. A., Vorlesungen über infantile Syphilis 393.
Cova, A., Beitrag zur Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüsensubstanz 227.
Cramer, K., Ein Fall von Blasenruptur 485.
Crawford, J., Die Behandlung der tuberkulösen Drüsen am Halse 307.
Credé, Silberwundbehandlung 580.
Crocker, R., Mädchen mit einem chronischen, recidivierenden, erythematösbullösen Ausschlage 311.
— Ein Fall von Myoma multiplex der Haut 570.
— Xeroderma pigmentosum 377.
— Fall von Prurigo Hebra 378.
— Lupus erythematosus der Kopfhaut und des Gesichts 378.
— 48. 87. 145. 147. 148. 149. 362.
Crookes 629.
Curtis 617.
Cuvier 84.
Czerny, Über die Kastration bei Prostatahypertrophie 541.

Dabruy 120.
Daeubler, Karl, Die Beri-Beri-Krankheit 530.
Damecy 582.
Daniels, Ch. W., Yaws und Syphilis, nicht identische Krankheiten 34.
Darier, Fall von ausgedehnter Ulceration des Penis 27.
— Die Tuberkulide 213.
— 17. 18. 27. 28. 121. 214. 305. 306. 346. 354. 355. 356. 359. 363. 471. 567. 658.
— und Gaston, Sclérodermie en plaques 623.
Dávalos 161.
Davis 142.
Dawbarn, Robert H. M., Einfache und zuverlässige Blasendrainage 488.
Debayle, L. H., Über die antiseptische Saturation durch die Haut und ihre Anwendung in den infektiösen Krankheiten 161.
Debierre 85.
Degle, H., Airol, ein neues Wundantiseptikum 578.
Degola und Campana, Die Färbungen der Haut des Chamäleons und die Farbe des sogen. primären Hautsarkoms 35.
Dehio, Karl, Über Erythromelalgie 535.
— 106. 107.
Delageniére, Exstirpation der Blasenschleimhaut wegen Tuberkulose der Blase 488.
Delare 656.
Delbet, Fünf Fälle von blennorrhoischer Hodenentzündung, behandelt mittelst Spülungen mit permangansaurem Kalium 33.
Delépine 121.
Delore, Fall von primärem Epithelioma sebaceum 52.
Demars 170.
Demme 124. 234.
Dent, Lupus der Beine 438.
Le Dentu, Weil u. Hallopeau, Über postlupöse Atresien und ihre Behandlung 625.
Desnos 172. 173.
Despagnet 412.
Després, Armand 373.
Deutsch, Über die Ätiologie und Therapie der Bubonen 569.
Devergie 139. 206. 311.
Devoto 588.
Diday 170. 199.
Dieterich, Über Ranzidität der Hebrasalbe 278.
Dietl 281.
Dietz, Ekthyma syphiliticum. Syphilis maligna praecox 523.
— Ein Fall von Lichen ruber planus 523.
Dinkler 370. 410.
Dirner 544.
Dittel 176.
Dohi, Ein Beitrag zur Kenntnis des Rhinophyma 316.
Dohrn 77. 85. 86. 253.
Domergue 561.
de Dominicis, N., Die Oxalurie 537.
— Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Nebennieren. Wirkungen der Transplantation derselben 596.
Donner, H., Über Spätformen von angeborener Syphilis (Syphilis congenita tarda) in Form einer Kasuistik 277.
Dor, Meibomsches Epitheliom des Augenlidknorpels 52.
Doria Rossi 616.
Doutrelepont 279.
Dowd, J. H., Eine Modifikation des Urethroskops 646.
Doyen, Radikalbehandlung der Hydrocele durch Inversion der Tunica vaginalis 537.

Doyen 139. 152. 153.
Drechsel 5. 6. 480.
Drennen, C. T., Eine augenscheinliche Ausnahme des Collesschen Gesetzes 650.
Dreyer, Über Nosophen 280.
— Referat 659.
Dreysel, M., Über einen ungewöhnlichen Fall von Lichen ruber planus mit Arsennebenwirkungen 380.
Dubois-Havenith, Erysipelartiges Ödem des Gesichts 49.
Dubois Reymond 370.
Dubreuilh, W., Die umschriebenen Hyperkeratosen 223.
— 93.
— und Frèche, Trichophytiasis, Alopecia areata vortäuschend 34.
— — Über Lichen planus der Mundhöhle 624.
Dubrowo 102. 106.
Dubuc, Sehr schwere Erstickungsanfälle bei einem an Prostatakrebs erkrankten Mann 542.
Duchatelet 83. 187. 189.
Ducrey 46. 570. 632. 643.
Dührssen 548.
Düll 133.
Düring 414.
Duhring, Louis A., Cutaneous Medicine. A Systematic Treatise on the Diseases of the Skin 118.
— Eine pathologische und klinische Klassifikation der Hautkrankheiten 442.
— Die Beziehung der Dermatitis herpetiformis zum Erythema multiforme und zum Pemphigus 442.
— 227. 329. 330.
Dulberg, Ausschlag nach zu starken Strychningaben 531.
Dumstrey, Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resektion des Vas deferens 540.
Duncan 134.
Dunlop, J. C., Oxalurie und die Ausscheidung der Oxalsäure im Urin 585.
Dunn, B. W. 199.
Duplay 178.
Durand, V., Drei Fälle von Verhärtung der Corpora cavernosa 523.
— Über einen Fall von tertiärsyphilitischer Epididymitis 643.
— Weitere Schanker mit Perforation des Präputiums 643.
Duret 591.
Dutoit 283.
Duval 224.
Dyer, Fall von hypertrophischer Rosacea (Pachydermatosis), welcher einer Knotenlepra glich und mit Thyroidextrakt geheilt wurde 442.
Eberson, M., Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Wismuthoxyjodidgallat (Airol) 578.
Eberth 41. 553.
Ebstein 132. 133. 134.
Eddowes, A. 289. 449. 450. 549. 551.
Edlén, E. A., Ulcus cruris 59.
Edmondson, J., Hodenschmerz 490.
Ehrlich 435. 558. 562. 615.
*Ehrmann, S., Zur Epithelfaserfrage 549.
— Das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbeltiere in ihrer Entwickelung, nebst Bemerkungen über Blutbildung und Haarwechsel 230.
— 116. 229. 414. 449. 664.
Eichhoff 323. 410.
Eichhorst (Heuss), Akanthosis nigricans 55.
— 398.
Einhorn, H., Referate 50. 58. 60. 61. 63. 64. 123. 124. 278. 334. 340. 391. 395. 482. 485. 487. 530. 534. 536. 540. 547. 587. 594. 661.
Elliot, G. T., Weitere Beobachtungen über Alopecia praematura oder praesenilis und deren häufigste Ursache — Eccema seborrhoicum 59.
— Ein ungewöhnlicher Fall von Lupus vulgaris, Lupus annularis 331.
— Ein Fall von Epidermolysis bullosa 629.
— Über Dermatitis nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen 629.
Elschnig, Ein Fall von Haemangioendothelioma tuberosum multiplex 53.
Ely 329. 330.
Engel-Reimers 144. 244. 269.
Eraud, Blennorrhoe und Prostatismus 173.
— 172. 173.
Erdmann, Ernst 25. 26.
Erdmann, J. F., Hauttransplantation nach Krause bei den plastischen Operationen im Gesicht 596.
Erlenmeyer 299.
Ernst, Paul, Studien über normale Verhornung mit Hülfe der Gramschen Methode 655.
— 435. 458.
Escat, Über die hartnäckigen Blasenentzündungen bei der Frau 575.
— und Pasteau, Über die Bedingungen, unter denen sich die Hämaturien der Blase und die der Nieren erzeugen 574.
Escherich 45.
Eschle 196.
Etienne, G., Über den Zusammenhang zwischen Aneurysma und Syphilis 636.
— 252.
Eulenburg 403. 404. 407. 408.
Ewald 663.

Exner, S., Die elektrischen Eigenschaften der Haare und Federn 653.
— 652.

Fabre 561.
Fabry, J., Bemerkungen zu K. Herxheimers Aufsatz: „Über multiple Gummen im Frühstadium der Syphilis“ 516.
— 363.
Fagge 408.
Faitout, Urethritis infolge von Masturbation 177.
Faivre, Über die Behandlung der Alopecia areata mit Acidum aceticum und Skarifikationen 60.
Fallopio 84.
Falun 414.
Fehleisen 162.
Fehling 130—133.
Feleki, Ein Fall von Diverticulum urethrae 567.
— Neoplasma der Blasenwand als Ursache einer chronischen Harnretention 568.
— Ein Fall von Cystitis catarrhalis ammoniacalis (Rovsing) 568.
— 98. 99. 338. 339. 540. 545.
Fermi, Biologische Untersuchungen über die Blastomyceten 658.
Fernel 84.
Ferras 250. 256.
Ferrier, Malaria mit Ikterus und Hämoglobinurie 585.
Feulard, H., Keloid und Jodtinktur 214.
— Wie lange bleibt die Syphilis ansteckungsfähig 224.
— Über die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis 390.
— Diffuse totale Alopecie und Ansteckung 471.
— 26. 28 100. 264.
Filaretopoulo, Ein Fall von Pemphigus acutus gravis 224.
Fileti und La Mensa, Das Serum von Maragliano bei der Behandlung der Hauttuberkulose 644.
Finerty 646.
Finger, E., Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatitis pyaemica 45.
— Zur Anatomie und Physiologie der Harnröhre und Blase 128.
— Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen 278.
— 45. 157. 183. 229. 339.
Fischel, Alfred, Zur Pigmententwickelung 657.
Fischer, Isidor, Über Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen 592.
— 132.
Fleischl 543.
Flemming 615. 654.
Fliess, Wilhelm, Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen 473.
Foá 557. 561. 562. 617.
Fodor, G., Harnuntersuchung einer Pemphiguskranken 42.
Förster 140. 142. 143.
Fonseca 184.
Fordyce, Fall von Pityriasis rosea 217.
— Eine eigentümliche Affektion der Schleimhaut der Lippen und der Mundhöhle 328.
— Zwei Fälle von epidemischer Hautkrankheit (Savill) 631.
— 330. 631.
Fort, J. A. 644.
Le Fort, Anomalien der angeborenen Penisfisteln 327.
— 24. 98. 481. 484.
Fournier, A., Fall von ausgedehnter Ulceration des Penis 27.
— Weicher Schanker am Kopfe 46.
— Heredosyphilitische Stigmata 215.
— Über die recidivierende Roseola syphilitica 222.
— Prognose der Syphilis 391.
— Die Recidive der syphitischen Roseola 393.
— Syphilis secundaria tardiva 375.
— Hereditäre Syphilis 471.
— 26. 27. 28. 134. 172. 193. 203. 214. 224. 225. 251. 252. 262. 268. 277. 374. 375. 524. 638.
— und Janvieran, Heredosyphilitische Augenstörungen 214.
Fournier, Henry 166.
Fox, C., Eigentümliche Phase des Lupus erythematosus 309.
— Dermatitis herpetiformis 438.
— 148. 153. 295. 299. 394. 413. 629.
Fox, G. H., Fall von Angiomata des Gesichts 217.
— Fall von Urticaria papulosa 219.
— 220.
Fraenkel 38. 480. 536. 663.
Frank, Louis A., Ein Fall von Erythema scarlatiniforme 650.
Frank, E. R. W. und Posner, Über elastische Katheter 324. 520.
Frassi und Pavone, Schwere Fälle von Prostatahypertrophie, behandelt durch Resektion der Vasa deferentia 541.
Frèche, D., Behandlung der Sykosis coccogenes 44.
— und Dubreuilh, Trichophytiasis Alopecia areata vortäuschend 34.
— — Über Lichen planus der Mundhöhle 624.
— und Méneau, Über den nasalen Ursprung des Gesichtslupus 624.
Freeman, W. T., Bemerkung über Hautreizung infolge Manipulierens mit Hyacinthenknollen 572.
— 627.

Frenkel, Veränderungen des Harnes bei Katarakt 584.
Freudenthal, W., Rhinosklerom 50.
Freyhan 663.
Frick, W., Drei Fälle von Ichthyosis in einer Familie 646.
Frickenhaus, A. 236.
Friedländer 61.
Friedrich, Wilhelm, Über die diuretische Wirkung des Harnstoffs 589.
Frisch 232.
Frisco 614. 617.
Fritsch 652.
Fritz 134.
Fuchs, Theodor, Raynaudsche Krankheit und Sklerodaktylie 529.
Fuelles 583.
Fürbringer, Zur Kenntnis der spezifischen Krystallbildungen im Genitalsystem des Mannes 538.
— 586.
Fürst, L., Zur Behandlung der lymphatischen Anämie 335.
Fueter 283.
Fuller, E., Urethrale Resektion mit gutem Resultate 221.
Le Fur, Drei Fälle von Lithotripsie 642.
Furthmann 289.

Gärtner 372.
Gál, M., Therapie des Eccema marginatum (Hebra) 38.
Galewsky 210. 362.
Galloway, J., Erythema multiforme 271.
— Molluscum fibrosum und excessive Pigmentation 272.
— Lichen planus 376.
— Ringelhaare 376.
Galozowski 307.
Gamberini 120. 253. 265.
Gangitano, Staphylokokkämie infolge von Furunkulose 44.
Ganz, Heinrich, Ruptur der Urethra während des Coitus 482.
Garrod 588.
Gaston, Ekthyma scrophulosum (Hautscrophulide) 375.
— Phlebitische nicht variköse Geschwüre 375.
— und Darier, Sclérodermie en plaques 623.
— und Gaucheret, Fälle Duhringscher Krankheit 29.
y Gaston, Siegfried 554.
Gaucher, Kollodiumpräparat 29.
— 145. 151. 153.
Gaucheret und Gaston, Fälle Duhringscher Krankheit 29.
Gegenbaur 74. 75.
Geill, Chr., Über das Chloralexanthem 531.
Gémy und Vincent, Ein neuer Fall von Madurafuſs 224.
Gérard, G. und Tavernier, Ein Fall von Favus des Scrotums 225.
Gerelli und Colombini, Über die Wirkung des Jodkaliums auf die Elemente des normalen Blutes 644.
Gerhardt, Über Rheumatoiderkrankungen 333.
— 373.
Gerson, Fall zur Diagnose (Erythema aestivale) 434.
Gerstenberg, Zur Pathologie der Ichthyosis congenita 521.
Gibert, Ein merkwürdiger Fall von Fremdkörpern in der Harnröhre 482.
— 419.
van Gieson 212. 605. 607.
Gilbert 103.
Gilchrist 121.
Giletti, Zwei Worte über einen Fall von Akrokeratom oder Keratodermitis 528.
Gillepsie 586.
Gintrac 397.
Giovannini, Untersuchungen über den praktischen Wert des Sublimats bei Ulcus venereum 527.
— 349. 350. 363.
Glisson 188.
Glogner 530.
Goek 458.
Görl 170.
Goldberg, Über Fremdkörper in der Harnröhre 520.
Goldenberg, J., Zur Kasuistik des Ulcus molle in der Harnröhre 46.
Goldenberg, H., Über Bakteriurie 216.
*Goldfarb, M., Ein Fall von Alopecia universalis 563.
Goldscheider 120.
Goliner, Über den Wert der Vasogenpräparate 582.
Goll 42. 314.
Goodall und Washbourn, Uber die Inkubationsperiode der Varicellen 309.
Goodhart 597.
Gowers 140. 141. 143. 144.
De Graaf, R. 76. 84.
Graeupner, Eine Badewanne für die Schädeloberfläche, gleichzeitig brauchbar als Elektrode für allgemeine Faradisation und Galvanisation und für elektrische Behandlung des Haarbodens 664.
Graham 87.
Gram 43. 46. 336. 435. 517. 558. 655. 656. 661.
Le Grand 183.
Grawitz 598.
Greidenberg 109.
Griffin, E. H., Lokalisation von Schankern auf ungewöhnlichen Stellen 395.

Griffon und Balzer, Entzündung und Pigmentation der oberflächlichen Gefäßnetze der Cutis. Retikuläres pigmentiertes Erythem 374.
— — Hypertrophische Narben nach Streptokokkenimpetigo 470.
Grimm, F., Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden 275.
Groschuff, K., und Klein, G., Über intraepitheliale Drüsen der Urethralschleimhaut 175.
Gruber, Joseph, Ein Fall von Angioma auriculae, durch Operation geheilt 53.
Gruby 289. 290. 293.
Grünberg, J., Referate 39. 41. 46. 47. 48. 55. 58. 99. 110. 127. 275. 314. 388. 389. 441. 532. 579. 591. 594. 595. 658. 663.
Grünfeld, Josef, Harnröhren-Instrumente aus Glas 176.
Grünfeldt, A., Praktische Anweisungen zur Behandlung der Psoriasis vulgaris 39.
Guaita 142.
Gueneau 245.
Güntz, J. E., Über die Behandlung von Tripper und Schanker mit Jodoformin 581.
Guépin, Zur leichteren Ertragung des Verweilkatheters bei Prostatikern 540.
Guiard 171. 172. 173.
Guibé, Angeborene Verengerung der Harnröhre 396.
Guisy, B., Geistige Störungen im Gefolge von kongenitalen Difformitäten und Affektionen des Genitalapparates 125.
Gumprecht, Über Konservierung von Harnsedimenten 583.
Guthrie, Morbus caeruleus 528.
Guyon, Allgemeine Anästhesie. Anwendung des Chloroforms für die Operationen in der Blase und Harnröhre 31.
— 96. 97. 125. 166. 177. 484. 486. 527. 538. 576. 635. 639. 640. 642.

Hadden 597.
Haeckel 652.
d'Haenens, Über die Elektrolyse bei der Behandlung der Urethralstrikturen 481.
Haferkorn, Ein Fall von Lymphangiektasie und Lymphorrhagie 57.
Haffter 139. 140.
Hahn, Airol, ein neues Wundheilmittel 477.
— Referate 50. 51. 53. 57. 118. 125. 282. 325. 336. 383. 484. 485. 520. 521. 541. 543. 548. 588. 591. 635. 663.
Haliburton 598.
Hallé 525.
Haller 79. 84.
Hallopeau, Die Tuberkulide 305.
— Über einen neuen Fall von Lichen planus buccalis in Form von Oblaten und sternförmigen Streifen 376.
— Die kontinuierlichen Akrodermatitiden 625.
— 307. 363. 426. 567.
— und Bureau, Typischer Fall von Lichen scrophulosorum 30.
— — Mykosis fungoides 30.
— — Neuer Fall von sogenannter Folliklis und ihre eventuellen Beziehungen zur Tuberkulose 30.
— — Über einen Fall von akneartigen und nekrotischen Tuberkuliden 305. 375.
— — Fall von bandförmiger Pseudoalopecie 307.
— — Weitere Bemerkungen über die sog. Folliklis 215.
— — Behandlung der Syphilis durch intramuskuläre Injektionen von Quecksilbersalicylat 215.
— und Lafitte, Eosinophile Zellen bei Dermatitis herpetiformis 215.
— und Schröder, Über einen auf der Mundschleimhaut lokalisierten Lichen planus 30.
—, Weil und Le Dentu, Über postlupöse Atresien und ihre Behandlung 625.
— und Weil, Metamere Lokalisationen der zosterartigen Naevi 625.
— — Über ein durch Ichthyol hervorgerufenes Erythem 376.
Halsted, Fall von tuberkulöser Orchitis, erfolgreich mit dem galvanischen Strom behandelt. Dauernde Heilung 492.
Hammarsten 133.
Hammer, E., Über die Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart und die praktische Bedeutung des Gonococcus 447.
Hammerschlag, L., Referate 276. 288. 477.
Hammond 120.
Handford 87.
Hanot 314.
Hansemann, David, Ein seltener Fall von Morbus Addisonii 57.
— Über Endotheliome 53.
— Über die sog. Zwischenzellen des Hodens und deren Bedeutung bei pathologischen Veränderungen 489.
— 58.
Hansen, A., 107. 108.
Hansteen, H., Vereiterung der Leistendrüsen durch den Gonococcus 516.
Hardaway 145. 146.
Harley 403. 409.
Harrison, Über Bluterythem 626.

Harrison 626.
Hart 76.
Haslund, Syphilis maligna secundaria 392. 516.
— 392.
Hassal 656.
Hasse, C., Die neue Prüfungsordnung für Mediziner. Besprechung und Vorschläge 340.
Hausmann, Dünndarmpillen und -Kapseln 477.
Havas, A., Ein Fall von Lupus erythematosus 97.
— 98. 103. 203. 338. 339. 567. 570.
Havelburg, W., Einige Bemerkungen zur Lepra, nach den Erfahrungen aus dem Leprahospital zu Rio de Janeiro 383.
— 384.
Hebra, F., 38. 40. 50. 110. 209. 309. 316. 418. 474. 521. 659.
Hebra, H., 151. 227.
Heiberg, Jacob, 79.
Heidenhain 455.
Heimann, M., Zwei Fälle von Erythromelalgie 536.
Heinold 120.
Heintz 588.
Heitzmann, C., 119.
Helferich, Über die Resektion der Samenleiter als ein Heilmittel bei Prostatahypertrophie 541.
— 539.
Hellat 106.
Heller, J., Nekrolog auf G. Lewin 27.
— Beiträge zur Lehre von der Dactylitis syphilitica 320.
— Zur Züchtung des Gonococcus in Reinkulturen an Tieren 337.
— Experimentelle Blennorrhoe bei neugeborenen Kaninchen 543.
— Kankroid des linken Zungenrandes 621.
— 27. 159. 410. 412.
Hencke 399.
Henle 78. 539. 655.
Henoch 203. 262.
Héricourt 100.
Hermet, Ulceriertes Gumma des Ohres 214.
Herringham 413.
Herrmann 277.
Herxheimer, Karl, Über multiple subcutane Gummen im Frühstadium der Syphilis nebst Mitteilungen über den diagnostischen Wert des miliaren Tuberkels 317.
— Über Impetigo contagiosa vegetans, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Protoplasmas der Epithelzellen 444.
— Über Pflasterpapiere 479.
— 230. 449. 450. 453. 457. 516. 550. 551. 579.
Herz, Max, Über das gleichzeitige Vorkommen von chronischen Haut- und Gelenkserkrankungen 659.
Herzenstein, G., Die fliegenden Abteilungen im Kampfe mit der Syphilis 275.
— Über die Untersuchung der Wehrpflichtigen, als ein Mittel im Kampf mit der Syphilis 275.
— Die Verbreitung der Syphilis im Gouvernement Novgorod 388.
Heubner 314.
Heuss, E., Akanthosis nigricans 55.
— 55. 120. 146. 148. 153. 398.
Hewelke 42.
v. Hibler, E., Über das konstante Vorkommen von Spaltpilzeinschlüssen in den Zellen bei Eiterungsprozessen des Menschen nebst experimentellen Beiträgen zur Kenntnis und diagnostischen Bedeutung solcher Befunde 659.
St. Hilaire 652.
Hilgendorf 652.
Hintner, M., Über einen Fall von multipler Hautgangrän 446.
Hirsch 598.
His, W., 75. 84.
Hitschmann, Richard, Ein Fall von luetischem Primäraffekt der Conjunctiva 395.
Hlasiwetz 233.
Hochsinger 268.
Hodara 179. 236. 348.
Hoffa 410. 411.
Hoffmann, L., Referate 49. 158. 281. 337. 368. 384. 385. 434. 477. 479. 480. 489. 538. 580. 620. 661.
Hoffmeister 588.
Holgerstedt, Zur Kenntnis der traumatischen, intraperitonealen Ruptur der Harnblase 485.
Holmgren, E., Zur Kenntnis des Hautnervensystems der Arthropoden 651.
Holsti 139. 141.
Home, E., 346.
Hopkins, Herbert J., Blennorrhoische Entzündung 339.
Horsley 598. 600. 601.
Huber, Jacob, 75.
Hübner, Walter, Drei Fälle von Augenleiden bei Ichthyosis simplex 38.
Hugounenq und Paviot, Chlorome 53.
Huguier 79.
Hulke 152.
Hunt 149.
Hunter, J., 346.
Hutchins, M. B., Ein Fall von Porokeratosis 36.
Hutchinson, J., 27. 145. 147—152. 159. 252. 264. 268. 277. 394. 435. 523. 626.
Hutchinson, J., jun., Phagedaena des Penis bei einem tertiär-syphilitischen Patienten 309.

Hutchinson, J., jun., Artificielle Ulceration an einem Arme 376.
Hutchinson, R., Vorläufige Mitteilung über die wirksame Substanz in der Schilddrüse 480.
Huxley 652.
Hyrtl 75. 76. 81.

Jackson, G. Th., Ein Fall von Paget's Disease der Brustwarze 329.
— Fall von Lupus erythematosus, der sich in einen Lupus vulgaris umgewandelt hat 630.
— 50. 218.
— Morrow und Bulkley, Fälle von Dermatitis herpetiformis 628.
Jacobi, M., Zur Kasuistik der Mykosis fungoides 519.
Jacobson, Julius und L. Pick, Eine neue Methode zur Färbung der Bakterien, insbesondere des Gonococcus Neisser, im Trockenpräparat 336.
Jacquet, Akanthosis nigricans bei einem Individuum ohne Carcinomatose 374.
— 28. 29. 362. 471.
Jadassohn, Einteilung der Hautkrankheiten 227.
— 64. 229. 370. 449. 450. 516. 549.
Jäger, Zweiarmimpfung oder Einarmimpfung 286.
v. Jaksch 587.
James 586.
Janet, J., Abortivbehandlung des Trippers 170.
— 33. 172. 173. 176. 177. 486. 593.
Janicot 24.
Janovsky 593.
Janvieran und Fournier, Heredosyphilitische Augenstörungen 214.
Jarisch 87.
Jastrowitz 130. 131. 132.
Jeanselme, Moniliforme Aplasie der Haare 375.
— 413. 471.
Jelzina 273.
Jenner 284. 286. 287.
*Jessner, Controverse mit Proksch 180.
— Referate 39. 42. 44—48. 53. 58. 59. 64. 96. 124—128. 176. 179. 230. 231. 232. 277. 278. 282. 283—286. 288. 332. 335. 337. 340. 385. 388. 390. 391. 393. 395. 474. 475. 477. 478. 480. 482. 483. 484. 485. 488. 489. 529. 530. 535. 536. 539. 541. 542. 543. 548. 583. 584. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 595. 596. 636. 653—659. 664.
— 180. 189.
Ihle 234.
Immerwahr, Lupus erythematodes des Gesichts 160.
Inghilleri 660.
Johnston, Fall zur Diagnose 219.
Jonides, T. H., Fibrosarcoma 377.
*Jordan, Arthur, Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris 206.
Jordi 282.
Joseph, Hauttuberkulose 369.
— Beiträge zur Anatomie des Lichen ruber planus, acuminatus und verrucosus 378.
— Über Lepra 385.
— Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende 475.
— 158. 159. 359. 434. 622.
Josipovice, Ein Fall von Urethritis, verursacht durch Infektion mit Bacterium commune coli 324.
Isaac, Alopecia areata 621.
— Schwarze Flecke auf der Haut (Acanthosis nigricans) 622.
Israel, J., 24. 526.
Istomanow 100.
v. Jürgensen, Th., Akute Exantheme 124.
Jullien, Syphilitischer Schanker beider Mandeln 470.
— und Sibret, Ein Fall von Schanker auf beiden Mandeln 638.
Jundell und Ahman, Über Reinzüchtung des Gonococcus Neisser 381.
Justus, J., Die durch Syphilis hervorgerufenen Blutveränderungen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Diagnose und therapeutischen Bedeutung 572.
Iversen, M., Über den Lichen planus der Schleimhäute 225.
Iwanow, E., Über Psoriasis linguae areata 39.

Kahane 617.
Kalischer, S., Über syphilitische Veränderungen bei Tabes dorsalis mit Krankenvorstellung 621.
Kalori 107.
Kaposi, Zur Therapie der Psoriasis 39.
— 45. 50. 103. 104. 111. 112. 134. 139. 152. 153. 186. 209. 273. 312. 316. 317. 329. 356. 409. 410. 411. 414. 444. 637.
Karawaen 99.
Karewski 663.
Karg 552.
Karfunkel 372.
Kassowitz 198. 203. 253. 265.
Kaufmann 398.
Keller, Über einen Fall von maligner Endocarditis an den Klappen der Arteria pulmonalis nach Blennorrhoe 521.
— 120.

*Kellogg, James C., Über das Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen der Einwirkung desselben auf die gesunde Haut 233.
Kelsch 57.
Kelsey, Ch. B., Vergebliche Kastration bei Prostatahypertrophie 542.
Keysser 321.
Kiefer, F., Zur Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Blennorrhoe 336.
— 337. 548.
Kiener 57.
Kirchgässer 140.
Kitasato 493.
Klein, Arthur, Zur Kenntnis der Ausscheidung von Fibrin und fibrinartigen Gerinnseln 587.
Klein, G. und Groschuff, Über intraepitheliale Drüsen der Urethralschleimhaut 175.
Kleinwächter, L., Strikturen der Urethra des Weibes 480.
Klemperer 589.
Klotz, Ein Fall von multiplen Tumoren der Haut (Fibroma molluscum) 628.
— Ein Fall von Dermographismus 628.
— Ein Fall von Dermatitis haemostatica 631.
— 218. 219.
Knox, R. W., Ein Fall von Erythema multiforme im Anschlufs an die Circumcision 650.
Koch, F., Zur Frage der Behandlung der malignen Neoplasmen mittelst Erysipeltoxins 51.
— Beitrag zur Lehre vom akuten erythematösen Lupus 111.
Koch, R., 212. 213. 214. 282. 307. 523.
Kocks 74.
Köbner, H., Über Pemphigus vegetans 47.
— 103.
Kölliker 3. 119. 457.
König, Über diabetischen Brand 64.
Körner 233.
Köster, H., Zur Behandlung des Erysipels mit Vaselin 49.
Kohlrausch 128.
Kollmann 100.
Kopp, Karl, Über einen Fall multipler Angiombildung 381.
— 186.
Koppel, Über die Verbreitung der Lepra und den Kampf mit ihr in den baltischen Provinzen 106.
— 107. 108.
Kopsch, Fr. und Szymonowicz, Ein Fall von Hermaphroditismus verus bilateralis beim Schweine, nebst Bemerkungen über die Entstehung der Geschlechtsdrüsen aus dem Keimepithel 127.
Kornfeld, F., Über die Wechselbeziehungen der Krankheiten der Harnwege zu denen anderer Organe und des Gesamtorganismus 125.
Koroboff 206.
Korowin, J. P., Multipler Hautkrebs mit Demonstration der betreffenden mikroskopischen Präparate 273.
Korowko 103.
Korsakow 109.
Koshewnikow 314.
Kozerski, Adolf, Ein Fall von Hautaktinomykose mit grofsen Jodkaliumdosen behandelt 443.
Kracht, Sklerodermа 565.
Král 110. 111.
Krause 78. 128. 372. 373.
Krauss, Walther, Über einen seltenen Fall von Hämaturie (Prostatahämorrhoiden) 584.
Krefting, R., Extragenitale Ulcera mollia 46.
— Über virulente Bubonen und den Ulcus molle-Bacillus 633.
— 643.
Kremer, Josef, Über das Vorkommen von Schimmelpilzen bei Syphilis, Carcinom und Sarkom 334.
— 132. 134.
Krey, Ein Fall von Mykosis fungoides 48.
Krösing 111. 292.
*Kromayer, Zur Epithelfaserfrage 449.
*— Bemerkungen auf die Ehrmannsche Erwiderung „Zur Epithelfaserfrage“ 664.
— 3. 11. 422. 424. 450. 453. 457. 549 bis 554. 654.
Kruse, W., Bakteriologische Untersuchungen über das Antinosin 281.
Kudysch, W., Zur Frage über die Ausscheidung des Hg durch den Harn bei interner Einführung desselben 106.
Kuleschow 108.
Kulnitzky 312.
Kutner, R., Zur Kathetersterilisation 635.
Kuznitzky, M., Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis 517.

Lainé, Ulceration unbekannter Natur
Lalagade 287.
Lambotte, Über eiterige Prozesse in der Vorgeschichte der Krebskranken 51.
Lamy 314.
Landau, L. 548.
Landerer, Türkisches Wasser, ein Haarfärbemittel 578.
— 578.
Lane 152.
Lanes 548.
Lang, Eduard, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis 231.

Lang, Eduard 47. 79. 157. 186. 229. 570.
Lange 27.
Langerhans 72. 550.
Lannois und Linossier, Über die Absorption der Medikamente durch die Haut 332.
Lanz, A., Über die günstige Einwirkung von Jodkalium auf die Heilung des Ulcus molle 47.
— 566.
Lapowski, Ein Fall von Mykosis fungoides im erythematösen Stadium 219.
Lardeux 398.
Lassar, O., Beleuchtungsapparate zu diagnostischen Zwecken 160.
— Über die Dauer der Kontagiosität der Syphilis 319.
— 211. 264. 314. 369. 411. 434. 435. 623.
Laub 47.
Lauenstein, C., Die subcutane Durchtrennung des Vas deferens zur Behandlung der Prostatahypertrophie 540.
Laur und Valude, Syphilitischer Schanker der Conjunctiva bulbi 471.
Lavaux 177.
Leber 339.
Lebert 346. 415. 416. 419. 423.
Lecour 190.
Ledermann, R., Initialsklerose am Zahnfleisch 27.
— Pemphigus vulgaris chronicus 27.
— Lichen ruber planus et verrucosus 27.
— Dermato-therapeutisches Vademecum 475.
— Lichen ruber planus 621.
— 288. 656. 657.
— und Ratkowski, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 117.
Lees 394.
Lefleive und Barbulée, Ein Messingring 12 Jahre im Penis eingeschlossen 483.
Leger 78. 79.
Legrain, Wirkung des Äthers und des Chloroforms auf die Nieren 577.
Legueu, Wert der Punktion und des hohen Blasenschnittes bei akuter Harnverhaltung 168.
— Über die örtliche Anästhesie mittelst Eukaïn 170.
— Hydronephrose infolge von Verengerung des Harnleiters 328.
— und L. Lévy, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Airol 594.
Leichtenstern, Akute Miliartuberkel der Haut bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose 385.
Leick, B., Beitrag zur Lehre von der Albumosurie 585.
Leistikow 288.
Leith 586.
Leloir 45. 91.
Lembert 485.
Lemichez, Haematocele paravaginalis im Gefolge der Punktion einer Hydrocele 591.
Lemoine 350.
Lemonnier, Urticaria 470.
Lenoble und Levi, Über einen Fall ausgebreiteter Telangiektasie 59.
Lenz, J., Syphilis insontium 393.
Leredde 215. 375.
Lesser, E., Urticaria pigmentosa 158.
— Fall von tertiärer Syphilis 159.
— Unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heiraten? 391.
— Primäraffekt an der unteren Zungenfläche 620.
— 23. 156. 191. 264. 318. 354. 369.
Levi und Lenoble, Über einen Fall ausgebreiteter Telangiektasie 59.
Levin, Isaak, Über eine neue Methode, die Harnblase durch das Cavum ischiorectale zu eröffnen 488.
Levi-Dorn, Syphilis hereditaria tarda 96.
Lévy, L. und Legueu, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Airol 594.
Lewin, A. u. Posner, Untersuchungen über Infektion der Harnwege 117.
Lewin, G., Über die traumatische Entstehung des Morbus Addisonii 58.
— 209. 304. 373. 412. 434. 536. 548.
Lewin, L., 142. 148. 151. 153. 403. 407. 408.
Leusser 535.
Leyden 663.
Liebreich 583. 589.
Lieutaud 179.
*Lieven, Anton, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Merkurialerkrankungen 302.
— Untersuchungen über Nosophen und Antinosin 280.
Lima, Azevedo, Bericht über das Leprahospital von Rio de Janeiro 385.
Lindström, A., Zur Frage über das Epithelioma contagiosum 105.
— Über die pathologische Anatomie der Sklerodermie 108.
— 318.
Linossier, Bestimmung des Harnstoffs im Urin 589.
— und Lannois, Über die Absorption der Medikamente durch die Haut 332.
Lintner 133.
Litten 663.
Löblowitz, Über die therapeutische Verwendbarkeit des Airols in der dermatologischen Praxis 447.
Löffler 660.
Löhr, Zwei Todesfälle bei Varicellen 282.
Loeventhal, Die Recurrensepidemie zu Moskau im Jahre 1894. 521.

Löwenstein, Lichen ruber planus 368.
— Syphilitischer Ikterus 368.
Logk 106.
Lohnstein, H., Zur Technik der Cystoskopie (Vorrichtung zur Ausspülung der Blase vor und während der Inspektion) 635.
Lohnstein, Th., Über ein neues Urometer und seine Anwendung zur Bestimmung des Traubenzuckers im Harn 583.
— 288.
Loison, Fremdkörper in der Urethra und der Blase 488.
Lomry 348.
Longard, C., Über den Wert des Amyloforms in der Chirurgie 477.
Loumeau, Über Hodenprothesen 491.
— Prostatahypertrophie, behandelt mit Resektion der Vasa deferentia 541.
— 175.
Lubarsch, O. und Ostertag, Ergebnisse der speziellen pathologischen Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane 227.
— 538. 656.
Lukasiewicz, Über das erste und zweite Stadium der Alibertschen Dermatose 114.
Lurje, A. G., Über die Wirkung von Pferdeserum bei subcutanen Injektionen auf die Zusammensetzung des Blutes der Syphilitiker 101.
Lusk, Eine neue Methode zur Herbeischaffung von Material für die Hauttransplantationen 288.
Lust, Heilung eines schweren Erysipels mittelst Injektionen von Antistrepkokkenserum (Marmorek) 49.
Lustgarten, Fall von lentikulärem Carcinom der Haut 216.
— Fall von Myxödem 217.
— Paget's Disease an der linken Brustwarze 629.
— 218. 389. 583. 629.
Lyons, A., Die Abortivbehandlung des Trippers 593.

Macías, R., Die radikale Behandlung des Prostatismus 161.
Mackenzie, St., Fall zur Diagnose (Muttermal) 272.
— Über die Vorteile, welche aus dem Studium der Dermatologie abzuleiten sind 287.
— 141. 142. 146. 147.
Maffucci 555. 558. 611. 616. 617.
Majer, C. 195.
*Majocchi, Domenico, Über die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten 460. 497.
Maisonneuve 24.
Malherbe, Henri, Ein Fall von Sarkomatose der Haut. Lymphosarkom 637.
Malpighi 284. 615.
*Mamurowsky, A., Über eine neue Färbungsmethode von Hautschnitten 211.
— 208.
Manassein, M. P., Zur Frage über die Duchlässigkeit der Haut 104.
— Zur Frage über die Permeabilität der Haut 515.
— 106. 108.
Manganotti, O., Die lineäre Elektrolyse nach der Methode von J. A. Fort, verglichen mit den verschiedenen anderen Behandlungsmethoden der permeablen Urethralstrikturen 644.
Mankiewicz, Kleine urologische Demonstrationen 24.
Manley, Th. H., Pathologie und Therapie der Varicen der unteren Extremitäten 161.
— Inguinale und scrotale Cysten bei Kindern 340.
Manssurow 142. 143.
Mantegazza, U., Beitrag zur Pathogenese des venerischen Bubo 643.
Maragliano 501. 644.
Marianelli 111. 356.
Marie, P., Über cyklische Albuminurie 585.
Marmonier, Harter Schanker der Wange 524.
Marmorek 49. 161.
Marschal 134.
Marsh, J. H., Ein Fall von Raynaudscher Krankheit 529.
— 403. 413.
Martin, A. 78. 79. 287. 490. 537.
Martin, Francis C., Die Erzeugung, Aufbewahrung und Anwendung der Vaccine 287.
Martin, W. F., Enuresis 484.
Martineau 75. 178.
Martinotti 562.
Martyn, P. A. 119.
Marx, Ausspülung der hinteren Harnröhre und der Blase ohne Katheter 177.
Mathieu 140. 141. 146. 148. 524.
Matignon, Die Eunuchen des kaiserlichen Palastes zu Peking 494.
Matrai 568.
Matthews, J. N., Purpura haemorrhagica mit Netzhautblutungen 533.
Maxson, W. H., Ein verirrter Ureter 590.
May, Lävulosurie 521.
Maydl, Neue Beobachtungen von Ureterenimplantation in die Flexura romana bei Ectopia vesicae 590.
Mayer, G. 302. 303.

Mayer, Th., Aseptische Injektionsspritze 27.
— Piedrapräparate 27.
— Epitheliom oder gummöser Prozefs 437.
— Lichen ruber 437.
— Anomalie der Haarfärbung 437.
Mazet, C., Harter Schanker der Conjunctiva 524.
Meibom 653.
Meissner, P., Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde 124.
— Kataphorese der Haut 370.
— 78. 159. 372. 622.
Méneau, Chronische Frostbeulen 624.
— und Frêche, Über den nasalen Ursprung des Gesichtslupus 624.
Menge 594.
Menger, R., Hauttransplantation 340.
La Mensa und Fileti, Das Serum von Maragliano bei der Behandlung der Hauttuberkulose 644.
Merck 5.
v. Mering 589.
Merkel 78.
Merrill 59.
Mertsching 457. 458.
Meurier 314.
Meyer, Carl, Bilaterale Kastration wegen Prostatahypertrophie nebst Bericht über einen einschlägigen Fall 542.
Meyer, Jacques 663.
Meyer, Paul 605.
Meyer, Willy, Die Frühdiagnose der descendierenden Tuberkulose des uropoetischen Systems 590.
*Mibelli, V., Die Histologie der Hydroa vacciniforme Bazin 87. 528.
*— Die Ätiologie und Varietäten der Keratosen 345. 415.
— 17. 351. 364.
Michailow, P., Ein Stein in der Urethra eines Mädchens 439.
Michelson 369. 564. 565.
Mingazzini 559.
Minor, L. S. 314.
Mironowicz, W., Die Methode der subcutanen Einführung von Quecksilber bei der Behandlung mittelst Schwefelwannen in Ptjatigorsk 105.
— Zur Frage der Hg-Ausscheidung durch den Schweifs 103.
Misiewicz, Beiträge zur Anatomie der Pericystitis 634.
Mitchell 120.
Möller, Magnus, Über Lungenembolien bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten 317.
De Molènes 430.
Moncorvo, Über die angeborene Elephantiasis 161.
Monheim, C., Harnuntersuchungen nach Einreibung mit medikamentösen Vasogenpräparaten 582.
Moniot, Rifs der Harnröhre bei einem Radfahrer 482.
Monod 491.
Montesano, Klinische Untersuchungen über einige Fälle von Sklerodermie und ihre Beziehung zum Trophismus der Haut; kurze Betrachtung über diesen Trophismus bei Vitiligo 60.
Montgomery 120.
— Hartnäckiger Schanker der Unterlippe 395.
Mordhorst, C., Die Ursachen der Unwirksamkeit verschiedener gegen harnsaure Diathese empfohlener Mittel 588.
— Über die Bedingungen für die Entstehung harnsaurer Sedimente 589.
Moreira 87. 139. 141. 143. 145. 146. 148. 149. 153.
Morel, Fall von hysterischer Epididymitis 492.
Morgagni 80. 81.
Morochowitz 5.
Morris, M., Fall von Favus der Kopfhaut 272.
— Lupus erythematosus 272.
— Ein Fall von akutem Lupus erythematosus 272.
— Dermatitis herpetiformis 272.
— Purpura rheumatica 310.
— Mikroskopische Präparate von einem Falle von Mykosis 438.
— 293. 295. 299. 526.
Morrow, P. A., Die Erkrankungen der Haut bei Diabetes 63.
— Fall zur Diagnose 219.
— Fall von Mykosis fungoides im erythematösen Stadium 219.
— Ein Fall von symmetrischer Morphoea begleitet von Blasenbildung und ausgedehnter Ulceration 329.
— Mykosis fungoides mit besonderer Berücksichtigung des prämykotischen Stadiums 330.
— 141. 142. 149. 151. 219. 359.
—, Bulkley und Jackson, Fälle von Dermatitis herpetiformis 628.
Morvan 62. 323.
Moscato, P., Fall von multiplen, subcutanen Lipomen 54.
v. Mosetig 518.
Mosler 598.
Mosny und Albarran, Serotherapie der Harninfektion 32.
Motz, Auskratzung der Blase in hartnäckigen Fällen von Blasenentzündung 486.
— Über die Häufigkeit der verschiedenen Arten der Prostata-Hypertrophie 538.
Mourek 210.
Mozza 100.
Mraček.
Müller 74. 408. 654.
Müller, C., Referate 31. 36. 38. 41. 44

46. 49. 51. 52. 53. 55. 57. 58. 59. 60. 61. 64. 94. 125. 126. 127. 135. 175. 176. 177. 216. 279. 281. 282. 287. 307. 332—336. 376. 385. 393. 394. 395. 433. 471. 473. 477. 481. 483. 484. 490. 491—493. 528. 536. 538. 540. 541. 582—585. 590. 591. 593. 625. 643. 645. 651. 652. 656. 658. 659. 661.
Müller, E. 195.
Müller, Friedrich 652.
Müller, G. J., Grundlinien der Hauttherapie mittelst medikamentöser Seifen 320.
— 323.
Müller, Hugo, Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut 579.
— 140—144.
Müller, J. 83.
Müller, St. Fiden, Atresia hymenalis congenita 591.
Munk 370. 372.
Munn, W. P., Über wahre Diphtherie des Penis 161.
De Muny 245.
Muratow, W. A. 314.
Muren, G. M., Die Vorzüge des Thiols vor dem Ichthyol 480.
Murray, J. A., Blennorrhoe des Rectums 547.
Musitan 170.
Mutschnik 535.

Naegeli-Ackerblom, H., Medikamentöse Behandlung der Hämorrhoiden 59.
Nalin und Ceconi, Über die Resorption des Methylsalicylats durch die Haut 332.
Nash, G., 490.
Nastjukow 101.
Naunyn 277.
Neebe 289. 323.
Neisser, A., Syphilis maligna 572.
— 177. 356. 359. 372. 539. 546. 660.
Nelaton, Behandlung ausgedehnter Lupusherde 304.
Nettelschiep 24.
Neubauer 82.
Neuhaus, M., Referate 33. 56. 64. 126. 175. 176. 177. 178. 179. 328. 336. 388. 396. 479. 482. 483. 485. 486. 488. 490. 492. 493. 496. 527. 531. 537. 538. 543. 546. 577. 589. 592. 593. 642.
Neumann, Zur Lichenfrage 50.
— Kraurosis vulvae 592.
— Über multiple Dermatomyome 632.
— 47. 180. 185. 186. 203. 210. 252. 253. 254. 276. 361. 362. 444. 601.
Nicaise, Über irritierende Injektionen und Drainage bei der Behandlung der Hydrocele 537.
Nicolaysen, Lyder, Über Noma 50.
— Kulturen von Gonokokken 337.
Nicoletti, Allgemeine exfoliative Dermatitis 40.
Nicolle 46.
Nicolsky, O., Zur Frage des Kampfes mit der Syphilis 103.
Nicolsky, P., Ein Fall von schwerer galoppierender Syphilis mit anhaltendem Fieber 102.
— Pemphigus foliaceus (Cazenave) 105.
— 103.
*Nielsen, L., Melanosis et Keratosis arsenicalis 137.
— Referate 42. 46. 50. 54. 287. 337. 392. 531. 534. 535.
— 145. 146.
van Niessen, Weiteres über das Syphiliskontagium 389.
Nikitin, J., Die Verbreitung der Syphilis im Nikolajewschen Kreise des Gouvernements Samara 389.
Nikulin, Keratodermia symmetrica (Besnier) 565.
Nitze, M., Die intravesikale Operation der Blasengeschwülste 117.
— Eine neue Modifikation des Harnleiterkatheters 324.
— Zur galvanokaustischen Behandlung der Prostata-Hypertrophie 520.
— 123. 635.
Noack, G., Nosophen als Ersatzmittel des Jodoforms 280.
Nobl, G. 229.
Noeggerath 594.
Noguès und Pasteau, Einige klinische und pathologisch-anatomische Bemerkungen über die infiltrierten Neubildungen der Blase 638.
— 172.
v. Noorden, Zur dreiprocentigen Nosophengaze 280.
*Notthaft, A. von, Über einen Fall von abnorm später Entwickelung der Blennorrhoe 22.
— 156. 157.
Nussbaum, Eine Methode zur Erläuterung der Lage der Harn- und Geschlechtswerkzeuge beim Manne 125.
— 234.
Nylander 130. 131. 132.

Oedmansson 318.
Oehl 592.
Oesterreicher 160. 435.
Oestreicher, Laryngeale und tracheale Lues 372.
Ogilvie, G., Ausnahmen des Collesschen Gesetzes 394.

Ohmann-Dumesnil, A. H., Die nicht spezifische symptomatische Alopecie 60.
— Vitiligo, seine Ursache und Behandlung 64.
— Behandlung des Herpes zoster 536.
Oppenheim, H., Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns 276.
Ord 597.
Orlow 566.
Orlowsky, S. B., Ein Fall von Gumma des Rückenmarks (mit Demonstration der Präparate) 313.
Osler, Die cerebralen Komplikationen der Raynaudschen Erkrankung 529.
— 586.
Ost 283.
Osterlen 203.
Ostertag und Lubarsch, Ergebnisse der speziellen pathologisch. Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane 227.
Otis, W. K., Das Auffinden von Steinen in der Blase 647.
Otis 567.
Ottinger, Zur Behandlung der Insektenstiche 531.
Owen 140.

Pacini 78.
Paget 121. 329. 330. 627. 629.
Paggi, C., Über die Natur des Herpes zoster 536.
Palatschenko, Über einen Fall diffuser Hautpigmentation mit einer eigentümlichen Verteilung des Pigmentes auf der Hautoberfläche 58.
Palfyn 84.
Pallop 106.
Palm, Variola bullosa 161.
Palmer, John O., Lokale Anwendung von Antimonchlorid in einem Falle von Epitheliom des Gesichtes 52.
Paltauf 316.
Parascandolo und Ajello, Die Ptomaine als Ursache des Verbrennungstodes 533.
Pardo 226.
Paré, A. 84.
Parent 83. 187. 189.
Park 492.
Parona, F., Kongenitale Anomalie des rechten Hodens 490.
Pasteau, Drei Fälle von Prostatismus vesicalis 527.
—Verminderung des Umfanges der Prostata durch die Anwendung des Verweilkatheters oder des regelmäfsigen Katheterismus 576.
— und Escat, Über die Bedingungen, unter denen sich die Hämaturien der Blase und die der Nieren erzeugen 574.
Pasteau und Debains, Eiterige Pericystitis, geheilt durch Drainage vom Damm aus; abnorme Färbung des Harns 641.
— und Noguès, Einige klinische und pathologisch-anatomische Bemerkungen über die infiltrierten Neubildungen der Blase 638.
Paulsohn 106.
Paviot und Hugounenq, Chlorome 53.
Pavone und Frassi, Schwere Fälle von Prostatahypertrophie, behandelt durch Resektion der Vasa deferentia 541.
Pawlow, T. P., Ein Projekt zum Vortrage zum Kongrefs der Syphilidologen über die Nomenklatur der Syphilis und der venerischen Krankheiten 274.
— 363.
Pawlowsky 312.
Payne, J. F., Die Ätiologie der Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Rolle, welche die Mikroorganismen hierbei spielen 269.
— Lichen ruber oder Pityriasis rubra pilaris 270.
— Scrophulodermia und Lupus 438.
— 147. 148. 626.
Pelagatti, Die Trichophytonarten in der Provinz Parma 528.
Pelikan 83.
Perchaux 80.
Perier 234.
Perles 411.
Pernet, G., Pemphigus der Conjunctiva 270.
Pernose, Elephantiasis 311.
Péron 83.
Perrin, Über Filiaria Medinensis oder den Guineawurm 30.
— 103. 215.
Perry, Fall zur Diagnose 377.
Pertat, Erysipel und Erythemformen 49.
Petersen, O., Über die Affektionen des Rachens bei Syphilis 105.
— Affektion der Unterlippe, die einer krebsartigen ähnelte 274.
— 104. 107. 273.
Petri 337.
Petrini, Multiple Schanker 470.
— 42.
Pezzoli, C., Ein Fall von Erythromelalgie 536.
Pfeiffer, Emil, Über die Ausscheidungen im Urine während des akuten Gichtanfalls, mit besonderer Berücksichtigung der Harnsäure 588.
— Eine neue Cystinfamilie 634.
— 195. 381. 589.
Phélip, Neue elastische Katheter für voluminöse Prostata 540.
Philippi, Referate 43. 51. 52. 54. 57. 59. 60. 61. 395. 480. 485. 490. 538. 542. 547. 585. 590. 661.

Philippson 115. 427. 431.
Philippson, Cl. 413.
Pianese 561. 562.
Picard, H., Die Krankheiten der Prostata und der Samenbläschen 123.
Pick, L. und Jacobsohn, Eine neue Methode zur Färbung der Bakterien, insbesondere des Gonococcus Neisser im Trockenpräparat 336.
Pick 134.
Piersol 119.
Piffard 218. 630. 631.
Le Pileur, Acquirierte Syphilis bei einem hereditär Syphilitischen 215.
Pinaeus, S., 75. 76. 84.
Pirogoff 99.
Pisko 413.
Plicque, Pathogenese und Behandlung der Hämoglobinurie 585.
Plimmer 559. 560.
Plonski, Urticaria pigmentosa 24.
— Einige Fälle von Hautgeschwülsten: 1. Angiome. 2. Hautfibrome. 3. Spindelzellensarkom 623.
Ploss 83.
Plowright, C. B., Eine Ikterus-Epidemie in King's Linn 662.
Podwyssocki 560.
Poirier 123.
Polack, E. 25.
Pollaci, Veränderungen der Knäueldrüsen bei den Nephritikern 659.
Pollak 199. 203.
Pollitz, P., Beitrag zur Kasuistik der blennorrhoischen Pyelitis und ihrer Pathologie 635.
Pollitzer 419.
Polotebnoff 107. 659.
Poncet, Die Wirkung der Kastration auf die Entwickelung des Knochensystems 491.
— 493.
Ponfick 539.
Ponsard, Injektionen von Jodoformäther in der Behandlung der Hydrocele 493.
Pontoppidan 392.
Pop und Babes, Über Pustula maligna mit sekundärer hämorrhagischer Infektion, verursacht durch einen spezifischen Bacillus 49.
Popper, Demonstration einer Elektrode zur Elektrisierung der Prostata 99.
— Die chirurgische Behandlung des Lupus vulgaris 518.
— Prostataelektrode (Elektromassator) 569.
— 99.
Posner, Diagnostik der Harnkrankheiten 275.
— 25. 435.
— und Frank, Über elastische Katheter 324. 520.
— und A. Lewin, Untersuchungen über Infektion der Harnwege 117.
Pospelow, Herpes zoster gangraenosus 566.
— 100. 107. 496.
Post, A., Postkonzeptionelle Syphilis 314.
— 221.
Potherat 169.
Poulier 108.
Pousson 169.
Powell, Arthur, Yaws in Indien 325.
Power, d'Arcy, Pikrinsäure gegen oberflächliche Verbrennungen und Brandwunden 534.
— 121.
Pozzi, Fall von Pseudohermaphrodismus 127.
— Mitteilung eines Falles von Ectopia vesicae und eine Abänderung der autoplastischen Methode 526.
— 152.
Preiss, N., Zur Frage der radikalen Behandlung der chronischen Blennorrhoe beim Manne 594.
— 105.
Priestley 179.
Pringle, Syphilis mit stark vertieften Narben 272.
— Fall zur Diagnose 310. 377.
— Lichen planus 273. 311.
— Kind mit tuberkulösen Gummata 273.
— Lichen planus hypertrophicus 272.
— Lichen simplex 273.
— Lupus erythematosus 311.
— Kongenitaler, warziger Streifen-Naevus 311.
— Purpura 311.
— Sklerodermie 311.
— Fall von seborrhoischer Dermatitis 438.
— Recidivierender, desquamativer Hautausschlag im Anschlufs an Influenza 438.
— Erythema multiforme bullosum 438.
— Fall von typischem chronischen Lichen planus mit ungewöhnlicher Verteilung der Läsionen innerhalb des Mundes 438.
— 103. 145. 148. 153.
Procter, Zwei Fälle von scharlachartigem Ausschlag 627.
*Proksch, Controverse mit Jessner 180.
— 180.
Prus, J., Die Morvansche Krankheit, ihr Verhältnis zur Syringomyelie und Lepra 61.
Pryor, Latente Blennorrhoe des Weibes 546.
Pye-Smith, Ein Fall mit chronischem, recidivierendem Ekzem oder kongenitaler Xerodermia 271.
— 627.

Quincke 318. 370.
Quinquaud 334. 370.

Rabl, Über Verhornung 654.
— 450. 455. 457. 458. 553.
Räuber 381.
Raff 191.
Rafin, Multiple Talgdrüsentumoren 52.
Ranvier 119. 450. 652. 654.
Rapin 414.
Rasch, C., Über die sogenannte diphtheroide Form des venerischen Geschwürs auf dem Cervix uteri 632.
Ratkowski und Ledermann, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie. Rückblick auf das Jahr 1894 117.
*Rausch, Heinrich, Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen 65.
— 20. 21.
Ravenel 64.
Rayer 206. 635.
Raymond, Über den prognostischen Wert der Impfnarben 287.
— 64.
Raynaud 400. 529. 536. 601. 625. 627.
Reale, Über primäre gummöse Epididymitis 491.
— 131.
Reboul, Polypen der Harnröhre und Blase bei der Frau 169.
Recklinghausen 437.
Reclus 170.
Rehfisch, Eugen, Neuere Untersuchungen über die Physiologie der Samenblasen 488.
Reinecke 465.
Reinke 2. 3. 657.
Reizenstein 601. 606.
Remlinger, Verminderung der Mikroorganismen der Hautoberfläche 334.
Renault, Intensive Stomatitis nach Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze 376.
— Warzenartige Excrescenzen am Präputium 623.
Rénon, Tertiäre Syphilis. Gummata von 3jähriger Dauer 215.
Renvers, Zur Pathologie des Ikterus 663.
Renzi 108.
Reoch 585.
Respighi 363—365. 413.
Reynolds, E., Tuberkulose der Blase; ihre Erscheinungen und Behandlung mit Hülfe des Cystoskops 487.
Richardière 140. 141.
Richet 100.
*Richter, Paul, Langdauernde Inkubation bei Blennorrhoe 156.
— Lichen ruber planus 158.
— Über Haarfarbe und Haarfärbung 25. 519.
v. Richter 9.
Ricord 254. 570.
Riehl 435.
Ries, Karl, Referate 56. 332. 333. 473. 475. 490. 582.
Rijo, Garda und Calvo, Serotherapie des Erysipels 161.
Rille 414.
Ritter 589.
Robert 568.
Robin 79. 585.
Robinson, Ein Fall von Lichen planus 217.
— Fall von Xanthoma diabeticorum 442.
— Paget's disease 627.
— Ein Fall von Carcinom 628.
— Ein Fall von multipl. Melanosarkom 631.
— 134. 362.
Robitschek, E., Über den Nachweis von Pepton im Harn 588.
Rocca, C., Veränderungen peripherer Nerven in einem Falle von Erythema polymorphum phlyctaenoides 645.
Rochelle, W. F., Der Wegweiser 648.
Rode, E. 86.
Röntgen 335.
Rörig, Ein Harnröhrenstein 483.
Börsch, Radikale Behandlung der Hydrocele tunicae vaginalis 537.
Röstowjew, N., Über die schwarze Haarzunge 41.
Roger 161. 199.
Roloff, F. und P. v. Baumgarten, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen 124.
— Acne varioliformis 160.
Rominceano 200.
Róna, P., Urticaria mit Pigmentbildung 369.
— Über blennorrhoisches Fieber 337.
— Ein Fall von Bromexanthem oder Erythema hydroa 568.
— Die Genese der paraurethralen Gänge, mit besonderer Rücksicht auf die blennorrhoische Erkrankung derselben 632.
— 96. 98. 99. 545. 566. 567. 570.
Roncali, Eine neue Art von Blastomyceten 51.
— 558. 560. 561. 615. 616. 617.
Roseler 273.
Rosenbach 43.
Rosenbaum, Naftalan 578.
Rosenberg, Zwei Fälle von Karbolgangrän 535.
Rosenfeld, S., Praktische Erfahrungen mit Airol 578.
Rosenthal, Alopecia syphilitica 621.
— 160. 161. 302. 304. 434. 519.
Rossbach 408.
Rossolino 408.
Roswell, Verkalkung der Tunica vaginalis als Komplikation einer alten Hydrocele 492.

Rouanet, Behandlung oberflächlicher Verbrennungen mit gereinigtem Lanolin 643.
Routier, Über die Urethrocele beim Weibe 178.
Rovsing, Thorskild, Pseudomembranöse Pyelitis 635.
— 568.
Rubino 287.
Rubner 130.
Rüdel 589.
Ruffer 559. 560. 561. 562.
Ruge, Paul, Zur Behandlung des Pruritus vulvae 661.
Rumpf 277.
Russel 557. 613. 619.
Russini, Über eine neue Scheide im Endteile der peripheren Nerven 652.
Ruzicka, Stanislav, Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Resorption 332.

Saalfeld 64. 434.
Sabouraud, Parasitärer Ursprung der Kahlheit 470.
— Über Wesen, Ursache und Mechanismus der gewöhnlichen Kahlköpfigkeit 637.
— 43. 111. 214. 289. 290. 292—302. 375.
Sachs, B. 61. 218.
*Sack, Henri Feulard † 596.
Sackur 539.
Saenger 80.
Salkowski 130. 131. 132. 133. 134. 585. 588.
Samter, Joseph, Zur Mischinfektion akuter Hautexantheme 281.
Samuel 338.
Sanfelice 51. 554. 556. 557. 559. 560. 561. 562. 613. 614. 615. 616. 617.
Santi, Über einige künstlich hergestellte Ester des Cholestearins 477.
— 120. 419.
Sapeschko, Therapie des Lupus 108.
Sappey 119.
Sarubin, W., Zur Frage über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Schilddrüsenpräparaten 319. 579.
— Seltener Fall von Hypertrichosis universalis acquisita 649. 663.
— Die Prostitution, die venerischen Krankheiten und der Jahrmarkt in Nishnij Nowgorod 658.
Savill, Th., Die Pathologie des Pruritus und seine Behandlung mit grofsen Dosen von Chlorcalcium 308.
— 627. 631.
Scarenzio 522.
Schaefer, Th. W., Phlegmonöse Entzündung und Eiterung im Anschlufs an die Vaccination 37.
Schäffer 82. 86.
Schaergers, C., Über Aïodin 578.
Schamberg, J. F., Die Diagnose des Epithelioma contagiosum 54.
Schaper 402.
Scharff, P., Über Erzeugung von Analgesie in den hinteren Harnwegen 325.
Schegolew, Einige praktische Winke zur Färbung der Gonokokken auf Deckglaspräparaten 565.
Schiff, E. 29.
Schilling 24.
Schimmelbusch 50.
Schlagenhaufer, F., Ein Beitrag zu den angeborenen Klappenbildungen im Bereiche der Pars prostatica urethrae (trichterförmiger Klappenverschlufs) 179.
Schleich 25. 58. 279. 280. 519.
Schlesinger 140. 141.
Schlifka, M., Die Bakteriurie als Komplikation der blennorrhoischen Erkrankung 339.
Schmey, F., Über traumatische Entstehung des Morbus Addisonii 58.
Schmidt 601. 606.
Schmiegelow, Beitrag zur Lehre von der schwarzen Zunge 41.
Schmuckler, Onanismus bei Kindern; seine Ursachen, Symptome, Folgen und Therapie 108.
v. Schöler, Carl Rudolf, Physiologie des Haares und der Blutoxydation 654.
— Lunge und Haut (eine physiologische Berichtigung) 654.
Schönfeld, Moritz, Über Ulcera contagiosa in der Harnröhre (Harnröhrenschanker) 46.
Schreiber, Lues tarda 26.
— Diagnostik der Zungenaffektionen 437.
Schroeder und Hallopeau, Über einen auf der Mundschleimhaut lokalisierten Lichen planus 30.
Schröder 86.
*Schubiger, Ferdinand, Über Sklerodaktylie 397.
Schütz, Joseph, Mitteilung über eine neue Behandlungsweise des Lupus erythematosus 382.
— 450. 454. 458. 551.
Schultze 545.
Schulz, H., Zur Anwendung des Verweilkatheters bei akuter Cystitis 486.
— Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe des Weibes 543.
— 545.
Schulze 409.
Schurig 83.
Schuster, Über die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System 127.
Schwann 652.
Schwass 599.
Schwimmer, Ein Fall von Lichen corneus 567.

Schwimmer, Ein Fall von Neurodermitis papulosa pigmentosa 566.
— 42. 97. 98. 99. 567. 569. 570.
Sciamara 409.
Scognamilio 131.
Scott, J. F., Hydrothionurie, das Auftreten von Schwefelwasserstoff im Urin 585.
*Secchi, Thomas, Über die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten 554. 611.
Sederholm, E., 143. 144. 146. 147. 153.
von Sehlen 299.
Seifert, O., Über Nosophen 279.
Selenow, J., Die Bedeutung der Dermatologie auf dem Gebiete der medizinischen Wissenschaft 595.
— 101. 102. 103. 105.
Selhorst, J. B., Naevus acneiformis unilateralis 33.
— 29.
Semenow, Zur Pathologie des multiplen idiopathischen Pigmentsarkoms der Haut 103.
— 104. 312.
Senator 587.
Sendziak 42.
Sengensse, Carcinom der Brustdrüse beim Manne 52.
Sertoli 489.
Sheen, A., Ein Fall von Achsendrehung des Hodens 490.
Sheffield, H. B., Beiträge zur Lehre der infektiösen Vulvovaginitis bei Kindern mit Bemerkungen über die Ophthalmoblennorrhoe 547.
Sheild, M., Bemerkung über einen eigentümlichen Ausschlag nach Berührung mit arteriellem Blute 35.
— Ein Fall von maligner Dermatitis der Haut der Brust. Paget's Krankheit 378.
Sherwell, Ein Fall von Alopecia areata 218.
— 629.
Shillitoe, A., Leukodermia 626.
Sibret und Jullien, Ein Fall von Schanker auf beiden Mandeln 638.
Siebring 560. 562.
Sikorsky 104. 109.
Silex 27. 277.
Simon, P., Über den Gonococcus in der gerichtlichen Medizin 335.
Simonelli und Colomini, Über die Wirkung des Jodkaliums auf die Elemente des normalen Blutes 644.
Singer, Gustav, Über Varietäten des Typhusexanthems und ihre Bedeutung 281.
— Autointoxikationen 659.
— 403.
Sirleo 558. 611. 614. 617.
Skatkin, N., Die Verbreitung der Syphilis und ihre ambulatorische Behandlung in den dem Krankenhause am nächsten gelegenen Dörfern des Tschernogrjasschen Kreises des Gouvernements Moskau 388.
Skene 74.
Skinner, Einige neue Rezeptformeln 573.
Smith, G. W., Chrysarobin und Chrysophansäure 269.
Snow, H., Opium und Kokain bei der Behandlung von Krebs 308.
Soffiantini, Die Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen 522.
Solger 553.
Sommers, Herpes des äufseren Ohres 536.
Sonnenberger, Das Nosophen und seine Verbindungen 279.
Sonnenburg, Die Bremer Kontrollstrasse 382.
Soto, Tachykardie bei einem mit Syphilis und Intermittens behafteten Menschen 523.
Speranski, Bericht über den Syphilidologenkongrefs in St. Petersburg Januar 1897: 566.
Spiegelberg, Ein Fall von angeborener papillomatöser, sog. neuropathischer Warzenbildung 55.
Spiegler, Eduard, Historische Studien über das Eccema marginatum (Hebra) 446.
— 103.
Spietschka, Th., Untersuchungen über das Mikrosporon furfur 112.
Spigelius, A. 76. 84.
Stadelmann 663.
v. Starck, Einfache Wassersucht nach Varicellen 521.
Startin, J., Pharmakopoe für die Erkrankungen der Haut 278.
Stavsky 108.
Steer, W., Ein Fall von Purpura haemorrhagica 532.
Stein, A. W., Einige Formen nicht obstruktiver Ischurie 221. 485.
Steiner, A., Zur Kasuistik der Sekundärinfektion bei Varicellen 282.
Steller, G. V. 78.
Stembo, L., Über die epidemische Stomatitis, die im Sommer 1895 in Wilna geherrscht hat 44.
Sternberg, G. M., Wissenschaftliche Untersuchungen über das spezifische Infektionsagens der Blattern und die Erzeugung künstlicher Immunität gegen diese Krankheit 284.
Stieglitz 403. 413.
Stiles 308.
Störck 51.

Stott, F. W. A., Zwei Fälle von Chromidrosis 661.
Stoukowenkow 99. 100. 101. 103. 104. 107. 312.
Stout, E. J., Sechs Fälle von Lippenschanker 37.
Stowers, Fall von Pityriasis rosea 271.
— Ein Fall von Morphoea 271.
— Fall von traumatischer Alopecia 626.
— 626.
Strasser 583.
Straus, M. 177.
Strauss, A., Referate 278. 279. 280. 281. 335. 478. 577. 578. 579. 582.
— 212. 523.
Stroehmberg, C., Ergänzende Bemerkungen zum Kampfe gegen die Lues 388.
Stuart, Ch. 119.
Stuart, Andrew 119.
Sturgis, F. R. 221.
Sudakiewitsch 557. 560. 561. 617.
Sukatschew 103.
Surveyor und Childe, Vorläufige Mitteilung über bakteriologische Untersuchungen der Bubonenpest in Bombay 493.
Swinburne, G. K., Instrument zur Massage der Prostata 540.
— Die Kaliumpermanganat-Irrigationen bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe 593.
— Fall von periurethralem Abscefs 216.
Swisser, Verdauungsstörungen bei Affektionen der Harnorgane 125.
Syla-Novitzky, Über die Behandlung von Verbrennungen mittelst Pikrinsäure 440.
Szadek 102.
Szymonowicz und Kopsch, Ein Fall von Hermaphroditismus verus bilateralis beim Schweine, nebst Bemerkungen über die Entstehung der Geschlechtsdrüsen aus dem Keimepithel 127.

Tabarrani 80.
Taenzer, Paul, Referat 275.
— 359.
Tanturri 492.
Tailhefer, Galaktorrhoe, geheilt durch Ölinjektionen 643.
Tait, L. 179.
Tánago y Garcia, Dermatitis exfoliativa neonatorum 41.
— Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi 44.
Tandler, Gustav, Über Pityriasis rosea (Gibert) 114.
Tannhauser, Mikroskopische Präparate von Urticaria haemorrhagica 436.
Tannhauser, Weiche Fibrome 436.
Tano, E., Über die bakteriologischen Untersuchungen der Urethralfilamente bei der Urethritis chronica männlichen Geschlechts 117.
Tarnowsky, Über die Behandlung der Syphilis mittelst Blutserum 100.
— 99. 100. 101. 102. 103. 104. 106. 107. 215. 273. 275.
Tauffer 544.
Tavernier, A., Beitrag zum Studium der Knochenfrakturen bei Syphilitikern 522.
— und Gérard, Ein Fall von Favus des Scrotums 225.
Taylor, R. W. 628.
Temesváry 545.
Tenneson, H. 30. 412.
— und Du Castel, Akanthosis nigricans 28.
Terillon 178. 491.
Thayer, W. J., Hypertrophierende pulmonale Osteo-Arthropathie und Akromegalie 57.
Therèse 45.
Thermin 108.
Thévenin, Bemerkung über einen Parasiten der grofsen Labien 643.
Thibierge, Naevus acneiformis 29.
— Urticaria pigmentosa 29.
— Disseminierte Follikulitis mit Lymphdrüsentuberkulose 306.
— Recidivierendes, asymmetrisches Erythem der Extremitäten mit lamellöser Desquamation der Handteller und Fufssohlen 374.
— Netzartige Pigmentation des Halses vom Aussehen einer Pigmentsyphilis bei einem kachektischen Tuberkulösen 374.
— 120. 400. 402. 579.
Thiersch 108. 481. 518.
Thimm, Paul, Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten nebst einer kurzen Kosmetik für Ärzte und Studierende 474.
Thirial 397.
Thompson 538.
Thomson 120.
Tillaux 75.
Timofeew, Zur Behandlung der Inguinalbubonen mittelst Einstich mit nachfolgender Injektion von Argentum nitricum-Lösung 47.
Tinzew, M. M., Sarcoma idiopathicum pigmentosum (haemorrhagicum) multiplex cutis (Kaposi) 312.
Tobiesen, Ein Fall von perforierenden Darmgeschwüren nach einer Verbrennung 534.
Török, Louis, Über die Bedeutung der „ekzematösen" Veränderungen und über die Reaktion der Haut im allgemeinen 521.

Török, Louis 362. 427. 471. 566. 567.
Toller 131. 132. 133.
Tolmatschew 179.
Tommasoli, Über einige Versuche von Abortivkur der Syphilis nach der Methode von Prof. Baccelli 226.
— Über die Natur und die Beziehungen der Gruppe der polymorphen Erytheme 226.
— Die Methode der Körperdurchspülung mit künstlichem Serum in ihrer Anwendung gegen die antitoxischen und toxischen Dermatosen 226.
— Die antituberkulöse Serumtherapie nach Prof. Maragliano in der Dermatotherapie 226.
— 17. 100. 101. 421—428. 429. 432. 645.
Tousey, Sinclair, Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes. Entfernung durch Urethrotomia interna 482.
Townsend, W. W., Über die Entstehung von Prostatitis und Harnröhrenstriktur durch das Radfahren mit schlecht passendem Sattel 538.
Trachsler 288. 291.
Trapesnikow, Zur Frage über die Ansteckungsfähigkeit der Psoriasis vulgaris 39.
— 104.
Trommer 131. 132.
Trost 79.
Trousseau 203.
Tscherback 403.
Tschish, Coitus reservatus als Ursache der Neurasthenie 109.
Türkheim, Referate 218. 224. 225. 522. 524. 638.
Tuffier, Glaskanüle zur Spülung der Harnröhre 176.
— Gänzliche Exstirpation der Blase wegen einer diffusen Geschwulst in derselben 575.
Tuttle, J. P., Zwei Fälle von urethralem Schanker mit ungewöhnlichen sekundären Symptomen 315.
Tyrell, Esther M., Über einen Fall von Rheumarthritis blennorrhoica bei einem neugeborenen Kinde 547.

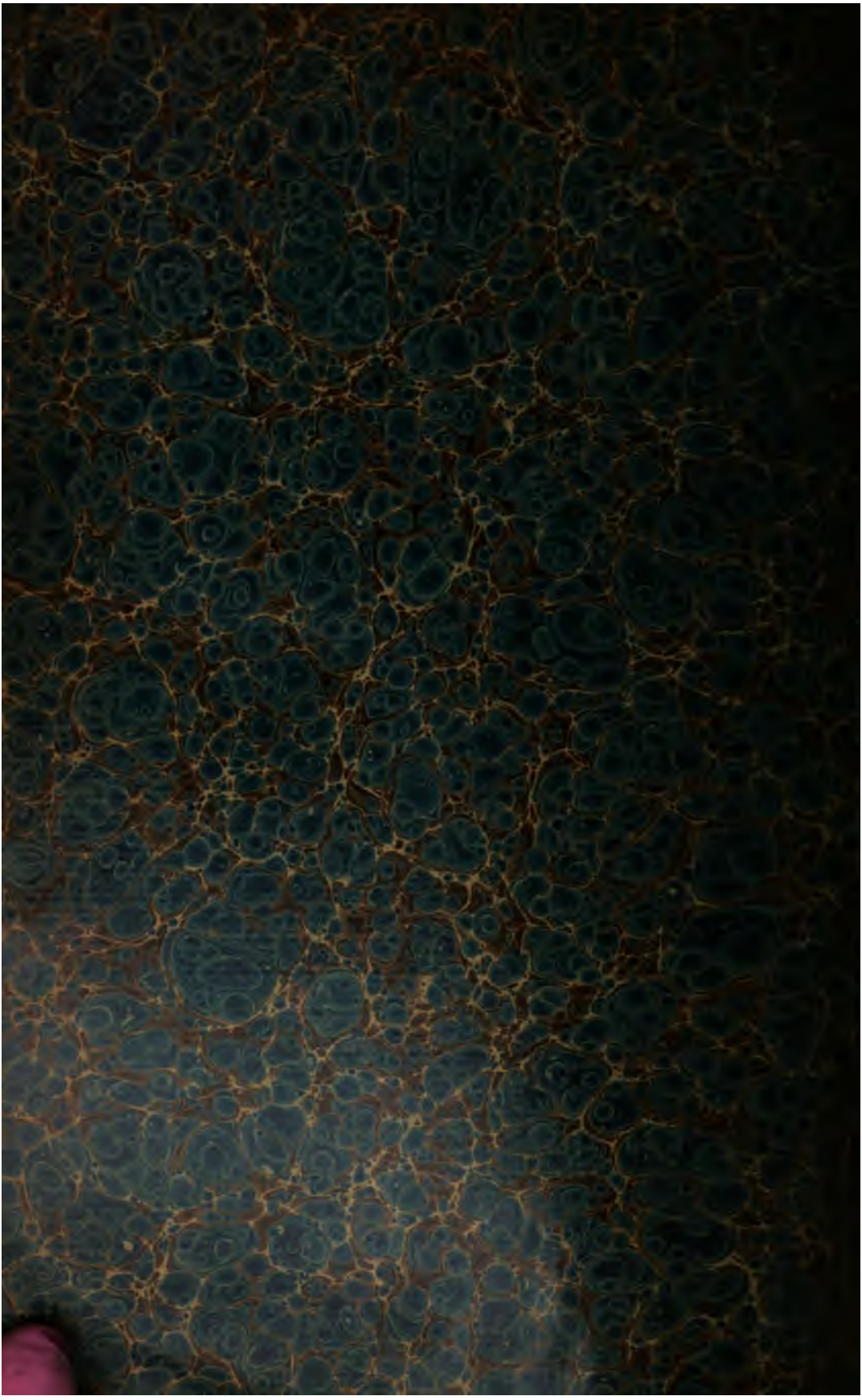
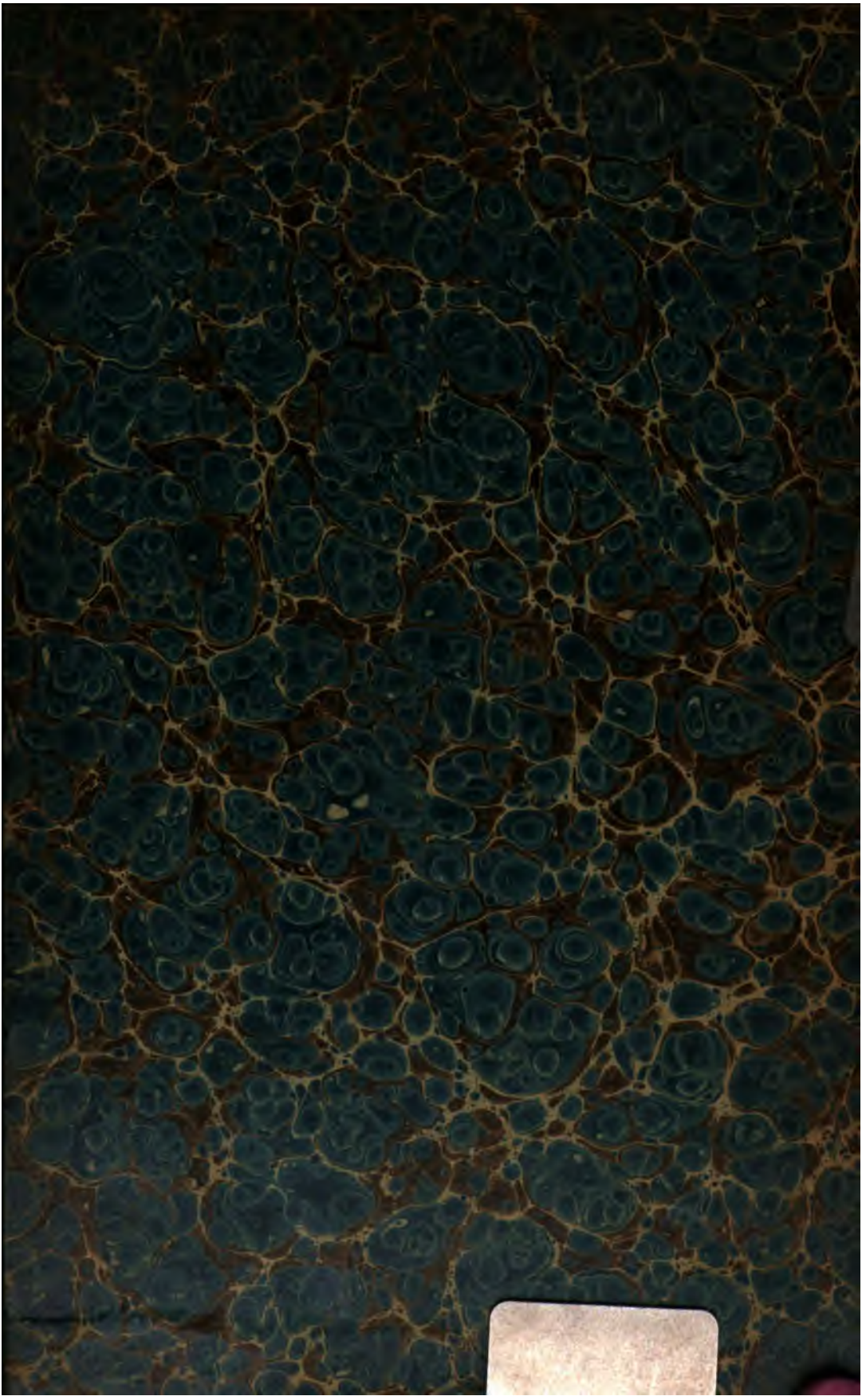
Uffelmann 196.
Ullmann, Karl, Zur Ätiologie und Histologie der Trichophytie (Sykosis parasitaria Bazin) 43.
— 372. 414.
*Unna, P. G., Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung 1.
*— Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut: V. Furunkel des Erwachsenen 135.
*Unna, Bemerkungen über Züchtung und Pluralität der Trichophytonpilze 289.
*— Paraplaste 341.
— Die verschiedenen Knotenformen der Lepra, Bemerkungen gelegentlich der Vorstellung eines Falles von Cutislepromen 384.
— Neue Thatsachen über reduzierende Heilmittel 475.
— Über Gelanthum 478.
— Haar als Rassenmerkmal und über das Negerhaar insbesondere 652.
— Die ballonierende Degeneration der Hautepithelien 657.
— Elacin 658.
— 24. 27. 39. 42. 43. 45. 46. 56. 65. 69. 71. 72. 90. 91. 103. 159. 179. 210. 223. 228. 230. 233. 234. 235. 236. 317. 329. 347—350. 352. 354. 357—360. 362. 363. 384. 387. 409. 417—422. 424—427. 432. 435. 449. 450. 451. 455. 457. 458. 474. 478. 549. 598—608. 647.

Vägler, G., Ein Fall von Pemphigus Neumann 47.
Vajda 253.
Valerio, Einige klinische Untersuchungen über den blennorrhoischen Prozeß 645.
Valude u. Laur, Syphilitischer Schanker der Conjunctiva bulbi 471.
Vater 78.
Vedeler, Protozoen bei Lipom 54.
— 80.
van der Velde 409.
Verhoogen, Voluminöser Blasenstein 484.
Verneuil 163.
Versari, Untersuchungen über die Muskelschichten der Harnblase und die Struktur des Sphinkter internus 484.
Vesal 84.
Vidal 45. 227.
Viertel, Über Prostatahypertrophie und deren Behandlungsmethoden 539.
Vigneron, Über das chirurgische Eingreifen im Verlaufe von eitrigen Harnröhrenentzündungen 173.
— 171.
Vincent und Gémy, Ein neuer Fall von Madurafuß 224.
Violet 203.
Virchow 598.
Vogel 199.
Vogt 283. 286.
Voit 625.
Volkmann, Rudolf, Über die Bezeichnung „Endotheliom“ 53.
— 537.

Vollmer, E., Über kosmetische Mittel in sanitätspolizeilicher Beziehung 823.
Voltaire 85.
Vulpius, G., Die Michlesche Salbengrundlage 578.

Wachsmuth 106.
Waelsch, Ludwig, Über die Mannigfaltigkeit der Wachstumsformen („kultureller" Pleomorphismus) der pathogenen Schimmelpilze, insbesondere des Pilzes des Eccema marginatum 110.
— Weitere Mitteilungen zur Pathologie der Hyphomykosen 445.
Walsch, Fingerhutekzem 269.
— Raynaudsche Krankheit 627.
— 43. 121. 627.
Wagner, E., 78. 113.
Wagner, Paul, Die Grenzen der Nierenexstirpation 520.
Wahl 106. 107. 186.
Waldeyer 2. 3. 490. 652. 655.
Walker 561.
Walther 559.
Wannemaeker, Zur Pathologie und Therapie des Pruritus 661.
Wappäus 194.
Wargafthis, Ein Fall von Pseudohermaphroditismus externus femininus bei einem Neugeborenen 127.
Washbourn und Goodall, Über die Inkubationsperiode der Varicellen 309.
Wassermann, A., Über Variola 282.
Wassilieff 74.
Watraszewski 318.
Watson, F. S., Einige klinische Betrachtungen über die primäre Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane 126.
Weber, L., Sklerodermie 61.
— Über Jodintoxikation 582.
— 414.
Weed, C. R., Ein Fall von Epithelialcarcinom der Nase von dreijähriger Dauer 52.
Wehlau 139.
Weichardt 286.
Weichselbaum 336. 660.
Weigert 42. 43. 449. 450. 451. 452. 455. 458. 459. 550. 551. 553. 605.
Weil 262.
— und Hallopeau, Über ein durch Ichthyol hervorgerufenes Erythem 376.
— — Die metameren Lokalisationen der zosterartigen Naevi 625.
—, Hallopeau und Le Dentu, Über postlupöse Atresien und ihre Behandlung 625.
Weinberg 176.
Weir, Robert F., Die Behandlung der Ruptus der Harnröhre durch sofortige Naht und Drainage der Blase 482.
Welander, E., Klinische Studien über Nierenaffektionen bei Syphilis 113. 315.
— 105. 253.
Welch 219.
Wende, Ernst 37.
Wende, G. W., Ein intereressanter Fall von Tinea favosa der Epidermis 36.
Wendt, A. 78.
Werler, O., Über die Anwendung des citronensauren Silbers (Itrol) bei der Behandlung der Blennorrhoe 321.
*Werner, Siegmund, Über die Sterblichkeit und die Häufigkeit der hereditären Syphilis bei den Kindern der Prostituierten 183. 244.
Wernicke 400.
Wertheim 541. 594.
West, S., Fall von Sklerodermia 378.
Westhöfer 621.
Westphal 409.
Wewiorowsky 100.
Weyland, J., Über Formaldehydgelatine 279.
White, J. C., Dermatitis venenata 441.
— Über den Einfluſs der Nahrung und des Alkohols auf die Entstehung und den Verlauf des Ekzems und der Psoriasis 441.
— Prurigo 645.
— 149. 150. 151. 220. 221. 329. 359. 542.
Wickham, Über intradermale Knötchen mit besonderen klinischen Merkmalen bei Mykosis fungoides 216.
— 29. 30. 213. 215. 304. 373. 374. 470.
Widerhofer 203.
Wiedemann 370.
Wiedensky 191.
Wilding, R. J., Behandlung der Urethralstrikturen vermittelst der kontinuierlichen elastischen Dilatation 161.
Wilkinson 40.
Willan 50. 89.
Williams, Harold, Enuresis bei Kindern 485.
Wilms 387. 388.
Wilson, E. 142. 145. 148. 149. 354. 356. 358. 361. 376. 407.
Winagradow, Über das Epithelioma contagiosum 54.
Winckel 82. 88.
Winfield, J. M., Ein favusähnlicher Ausschlag der Mundschleimhaut, verursacht durch den Aspergillus nigrescens 441. 645.
Winternitz 176.
Witte, Zur Frage der Schutzpockenimpfung mit sterilen Instrumenten 286.
Wladimirow, J. E., Ein Fall vorschneller physischer Entwickelung eines sechsjährigen Mädchens 439. 591.

Wlajew 273.
Wohl 567.
Wolfberg 64.
Wolff, A. 195.
Wolff, C. Fr. 74.
Wolff, Max 337. 543.
Wolters 407. 410. 411. 571.
Wossidlo, Das Eukain als lokales Anästheticum für Harnröhre und Blase 520.
Wright, S. F., Ein Fall von sog. angioneurotischem Ödem 528.
Wurth, Zur Wirkung des Loretins 479.
Wyss 142. 143.

Zabludowsky 2.
Zacharias 455.
Zambaco 62. 107.
Zander 2. 4. 457.
v. Zeissl, Max, Über die entnervte Blase 484.
— 203. 229. 339.
Zeissl jun. 485.
Zenker 208.
v. Zeynek, Richard, Über die Verminderung der Wirksamkeit von Quecksilber-Sublimatlösungen, in welche organische Stoffe eingelegt werden 480.
Ziehl 336.
Zimmermann 553.
Zuckerkandl, O., Hypertrophie der Prostata. Inkomplete Harnverhaltung. Resektion der Vasa deferentia. Heilung. 541.
Zülzer 176.
Zuntz und Binz, Über Wirkungen und Verhalten des Nosophens im Tierkörper 279.

41C 1608 ~~1116~~ ~~344~~